

## ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Ημερομηνία:.....

Όνομ/πωνυμο ασθενούς:..... Ηλικία:.....

Ημ/νία γέννησης:..... Επάγγελμα/Ασχολία:.....

Διεύθυνση:..... Δήμος:.....

Τηλέφωνο:..... E-mail: .....

### ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΑΝΗΛΙΚΟΥΣ

• Όνομ/πωνυμο μητέρας:..... Επάγγελμα:.....

Τηλέφωνο:..... E-mail: .....

• Όνομ/πωνυμο πατέρα:..... Επάγγελμα:.....

Τηλέφωνο:..... E-mail: .....

### ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΟΥΣ

Όνομ/πωνυμο συζύγου:..... Επάγγελμα:.....

Τηλέφωνο:..... E-mail: .....

### ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Η οικογενειακή κατάσταση των γονέων είναι: Παντρεμένοι ☐ Σε διάσταση ☐ Χωρισμένοι ☐

Ο/Η ασθενής ζει με: μητέρα ☐ πατέρα ☐ άλλο .....

Ποιος σας παρέπεμψε στο ιατρείο μας; .....

Αιτία Προσέλευσης:.....

.....

Προσδοκίες από την ορθοδοντική θεραπεία:.....

.....

Ειδικά ενδιαφέροντα του ασθενή:.....

Προηγούμενη εμπειρία με ορθοδοντική θεραπεία; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Αν ναι, με: σιδεράκια ☐ μασελάκια ☐

Ολοκληρώθηκε η ορθοδοντική θεραπεία; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Έχουν γίνει εξαγωγές δοντιών λόγω της ορθοδοντικής θεραπείας; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

### ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Όνομ/πωνυμο οδοντίατρου:.....

E-mail: ..... Τηλέφωνο:.....

Τελευταία επίσκεψη στον οδοντίατρο:.....

Φθοριώσεις: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Συχνότητα:..... Τελευταία φθορίωση:.....

Έχουν γίνει σφραγίσματα; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Πόσα;.....

Έχουν γίνει εξαγωγές δοντιών; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Πόσες;.....

Έχει γίνει ενδοδοντική θεραπεία; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Πόσες;.....

Έχουν γίνει προσθετικές αποκατάστασης στο στόμα; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Έχουν γίνει εμφυτεύματα; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Πόσα;.....

Έχουν γίνει γναθοχειρουργικές επεμβάσεις; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Έχει/Είχε τραύμα στις γνάθους ή στα δόντια; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Έχει πόνο στο πρόσωπο ή στα δόντια; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Έτριξε/Τρίζει τα δόντια; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Κάνει κλίκινγκ στο άνοιγμα του στόματος; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Έχει/Είχε συχνούς πονοκεφάλους; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Αναπνέει από το στόμα; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Έχει/Είχε κρεατάκια στη μύτη; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Έχει/Είχε πρόβλημα με τις αμυγδαλές; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Έχει/Είχε πρόβλημα ομιλίας; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Έχει/Είχε κάνει λογοθεραπεία; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Έξεις: Θηλασμός δακτύλου ☐

Δάγκωμα νυχιών ή χειλιών ☐

Άλλο.....

Έχει κακή εμπειρία από οδοντιατρική θεραπεία στο παρελθόν; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

## ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Όνομ/πωνυμο ιατρού (Παιδίατρος-Παθολόγος):.....

Τηλέφωνο:..... E-mail: .....

Καρδιοαγγειακές παθήσεις: Εμφύσημα ☐ Καρδιακή Ανεπάρκεια ☐ άλλο .....

Λοιμώδεις νόσοι: Ρευματικός Πυρετός ☐ Ηπατίτιδα ☐ AIDS ☐ άλλο .....

Νόσοι αίματος: Αναιμία ☐ Αιμοφιλία ☐ άλλο .....

Στέρωση: Νοητική ☐ Φυσική ☐

Νόσοι μεταβολισμού και ενδοκρινικές διαταραχές:

Υπερθυροειδισμός ☐ Υποθυροειδισμός ☐ Διαβήτης ☐ άλλο .....

Διαταραχές: ☐ Οστικές .....

☐ Ψυχικές .....

☐ Σύνδρομο .....

Άλλες νόσοι: Επιληψία ☐ Άσθμα ☐ Νεφροπάθεια ☐ Νεόπλασματα ☐ Ωτίτιδα ☐

Φαρυγγίτιδα ☐ Συχνές εμπύρετες λοιμώξεις ☐ άλλο .....

Αλλεργία σε: Τοπικά αναισθητικά ☐ Πενικιλίνη ☐ άλλο .....

Έχετε πάρει στεροειδή τα (2) δύο τελευταία χρόνια; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Παίρνετε στην παρούσα φάση κάποιο φάρμακο; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ Ποιο; .....

Παρακολουθείτε αυτό το διάστημα από κάποια/ον γενικό ιατρό; .....

Υπάρχει κάτι άλλο που θα επιθυμούσατε να γνωρίζει ο ορθοδοντικός σας;.....

.....