**ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ**

Ημερομηνία:.................................

Ονομ/πωνυμο ασθενούς:................................................................................. Ηλικία:…...................................

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

Διεύθυνση:................................................................................................. Δήμος:...........................................

Τηλέφωνα:……………………………............................................................... E-mail: …..........................................

**ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΑΝΗΛΙΚΟΥΣ**

* Ονομ/πωνυμο μητέρας:.................................................................. Επάγγελμα:....................................

Τηλέφωνα:............................................................................................ E-mail: ...........................................

* Ονομ/πωνυμο πατέρα:.................................................................... Επάγγελμα:.....................................

Τηλέφωνα:............................................................................................ E-mail: ...........................................

**ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΟΥΣ**

Ονομ/πωνυμο συζύγου:........................................................................ Επάγγελμα:..................................... Τηλέφωνα:................................................................................................. 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**

Ονομ/πωνυμο οδοντιάτρου:..........................................................................................................................

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 θεράπεια; 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 

Έτριζε/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**

Ονομ/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 …….....................................................................................

Στέρηση: 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; ....................................................

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

............................................................................................................................................................................

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

............................................................................................................................................................................