

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia \_\_\_\_\_ Wiek (lata i miesiące, np.: 7lat 6m): \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko, telefon dentysty do którego chodzi pacjent: \_\_\_\_\_

Skąd dowiedziała się Pani/Pan o moim gabinecie? \_\_\_\_\_

Ile czasu potrzeba na dojazd do mojego gabinetu? \_\_\_\_\_

Powód zgłoszenia się do ortodenty? \_\_\_\_\_

## Historia medyczna

Proszę szczegółowo odpowiedzieć na wszystkie pytania, aby pomóc w postawieniu diagnozy i ułożeniu planu leczenia.

Czy pacjent choruje na:

**Tak**, **nie**. Choroby serca?

**Tak**, **nie**. Choroby sercowo naczyniowe?

**Tak**, **nie**. Nadciśnienie krwi?

**Tak**, **nie**. Krwawienie, zaburzenia krzepnięcia krwi?

**Tak**, **nie**. Choroby nowotworowe?

**Tak**, **nie**. Zaburzenia odżywiania?

**Tak**, **nie**. Choroby układu odpornościowego?

**Tak**, **nie**. WZW typ B/C?

**Tak**, **nie**. HIV?

**Tak**, **nie**. Choroby neurologiczne?

**Tak**, **nie**. Padaczka?

**Tak**, **nie**. Zaburzenia hormonalne?

**Tak**, **nie**. Cukrzyca?

**Tak**, **nie**. Wady wrodzone?

**Tak**, **nie**. Choroby dziedziczne?

**Tak**, **nie**. Choroby reumatoidalne?

**Tak**, **nie**. Choroby układu kostnego?

**Tak**, **nie**. Choroby nerek?

**Tak**, **nie**. Choroby wątroby?

**Tak**, **nie**. Choroby psychiczne?

**Tak**, **nie**. Depresja?

**Tak**, **nie**. Czy w czasie ostatnich 3 lat była konsultacja psychiatryczna?

**Tak**, **nie**. Astma?

**Tak**, **nie**. Alergie?

Czy podejrzewa się lub zdiagnozowano zaburzenia:

**Tak**, **nie**. ADHD? Uwagi: \_\_\_\_\_

**Tak**, **nie**. Dysleksja? Uwagi: \_\_\_\_\_

**Tak**, **nie**. Zespół Aspergera? Uwagi: \_\_\_\_\_

**Tak**, **nie**. Zaburzenia koordynacji? Jak?: \_\_\_\_\_

Pobyty w szpitalu i operacje. Kiedy i z jakiego powodu? \_\_\_\_\_

Proszę opisać wyżej zakreślone choroby (pełne rozpoznanie, od kiedy, rodzaj leczenia): \_\_\_\_\_

Przyjmowane leki: \_\_\_\_\_

## Okres niemowlęcy

**Tak**, **nie**. Poród Cesarskie cięcie.

Powód? \_\_\_\_\_

**Tak**, **nie**. Poród naturalny Poziom trudności od 1 (łatwy) do 5 (ciężki) \_\_\_\_

**Tak**, **nie**. Poród wspomagany np. Poród kleszczowy  
Uwagi: \_\_\_\_\_

**Tak**, **nie**. Wczesne karmienie piersią?

Jak długo? \_\_\_\_\_

**Tak**, **nie**. Karmienie butelką? Jak długo? \_\_\_\_\_

W jakim wieku podano pierwszy nie płynny pokarm? \_\_\_\_\_

**Tak**, **nie**. Czy ten pokarm był twardy?

**Tak**, **nie**. Czy ten pokarm był miękki?

**Tak**, **nie**. Czy początki karmienia były trudne?

W jakim wieku rozpoczęto karmienie łyzeczką? \_\_\_\_\_

Reakcja dziecka: \_\_\_\_\_

Uwagi: \_\_\_\_\_

## Wywiad stomatologiczny

- Tak**, **nie**. Przebyty uraz zębów mlecznych/stałych? Kiedy? Który ząb? \_\_\_\_\_
- Tak**, **nie**. Przebyty wypadek komunikacyjny? Kiedy? \_\_\_\_\_
- Tak**, **nie**. Czy są problemy z żuciem pokarmów?
- Tak**, **nie**. Czy są problemy z szerokim otwieraniem ust?
- Tak**, **nie**. Czy są problemy z zaciskaniem szczęk? Kiedy? \_\_\_\_\_
- Tak**, **nie**. Czy są problemy ze stawem skroniowo żuchwowym? Jakże? \_\_\_\_\_
- Tak**, **nie**. Czy w ostatnich miesiącach / latach\* pojawiły się zmiany w wyglądzie twarzy?  
Jakże? \_\_\_\_\_
- Tak**, **nie**. Czy były już konsultacje ortodontyczne? Ile? \_\_\_\_  
Jakie zalecenia? \_\_\_\_\_
- Tak**, **nie**. Czy było wcześniejsze leczenie ortodontyczne? Proszę opisać kiedy, powód leczenia, na czym polegało, czas leczenia, przebieg. \_\_\_\_\_

- Tak**, **nie**. Krótkie wędzidło języka?
- Tak**, **nie**. Interwencja chirurgiczna? Kiedy? \_\_\_\_\_
- Tak**, **nie**. Krótkie wędzidło wargi?
- Tak**, **nie**. Interwencja chirurgiczna? Kiedy? \_\_\_\_\_
- Tak**, **nie**. Problemy logopedyczne?  
Jakże? \_\_\_\_\_
- Tak**, **nie**. Bóle głowy? Jak często? \_\_\_\_\_

### Nawyki

- Tak**, **nie**. Ssanie kciuka? Do kiedy? \_\_\_\_\_
- Tak**, **nie**. Ssanie palca? Do kiedy? \_\_\_\_\_
- Tak**, **nie**. Ssanie smoczka? Do kiedy? \_\_\_\_\_
- Tak**, **nie**. Gra na instrumencie? Jakim? \_\_\_\_\_
- Tak**, **nie**. Uprawianie sportu? Jakiego? \_\_\_\_\_
- Tak**, **nie**. Czy zęby służą do czegoś poza jedzeniem?  
Do czego? \_\_\_\_\_

### Preferencje pokarmowe

- Tak**, **nie**. Twarde pokarmy?
- Tak**, **nie**. Miękkie pokarmy?

### Postawa

- Tak**, **nie**. Głowa wysunięta do przodu?
- Tak**, **nie**. Asymetria ramion?
- Tak**, **nie**. Ściągnięcie ramion do przodu?
- Tak**, **nie**. Garbienie się?
- Tak**, **nie**. Asymetria bioder?
- Tak**, **nie**. Czy pacjent jest/był pod opieką fizjoterapeuty? Kiedy? \_\_\_\_\_  
Z jakiego powodu? \_\_\_\_\_

- Tak**, **nie**. Czy dziecko uczęszcza/uczęszczało na gimnastykę korekcyjną? Kiedy? \_\_\_\_\_  
Z jakiego powodu? \_\_\_\_\_
- Inne: \_\_\_\_\_

## Problemy laryngologiczne i alergologiczne

- Tak**, **nie**. Częste zapalenie migdałków? Jak często? \_\_\_\_\_
- Tak**, **nie**. Usunięte migdałki podniebienne? Kiedy? \_\_\_\_\_
- Tak**, **nie**. Usunięty migdałek gardłowy? Kiedy? \_\_\_\_\_
- Tak**, **nie**. Inne problemy laryngologiczne (zatoki, krzywa przegroda nosa, polipy, itp.)? \_\_\_\_\_

### Słuch

- Tak**, **nie**. Zdiagnozowane problemy ze słuchem? Jakże? \_\_\_\_\_
- Tak**, **nie**. Zatkane uszy?
- Tak**, **nie**. Chirurgiczne odbarczanie ucha?
- Inne problemy? \_\_\_\_\_

### **Oddech**

**Tak** ☐, **nie** ☐. Oddychanie przez usta? Częstość od 1 (rzadko) do 5 (cały czas): \_\_\_\_\_

**Tak** ☐, **nie** ☐. Zablockowany nos? Jak mocno zablockowany? od 1 (umiarkowanie) do 5 (całkowicie): \_\_\_\_\_

**Tak** ☐, **nie** ☐. Sezonowo?

**Tak** ☐, **nie** ☐. Chrapanie?

**Tak** ☐, **nie** ☐. Podejrzenie bezdechu sennego?

**Tak** ☐, **nie** ☐. Czy wykonano badanie snu? Jaki wynik? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Sen**

Jakość snu od 1 (doskonały) do 5 (bardzo zły): \_\_\_\_\_

**Tak** ☐, **nie** ☐. Zgrzytanie zębami w nocy?

**Tak** ☐, **nie** ☐. Częste chodzenie podczas snu?

**Tak** ☐, **nie** ☐. Częste koszmary senne?

**Tak** ☐, **nie** ☐. Moczenie nocne? Jak często?  
\_\_\_\_\_

**Tak** ☐, **nie** ☐. Spanie z lekko / całkowicie\* otwartą buzią? Jak często?  
\_\_\_\_\_

**Tak** ☐, **nie** ☐. Łatwe wstawanie rano?

**Tak** ☐, **nie** ☐. Trudne wstawanie rano, z podkrążonymi oczami?

### **Otwarte usta**

W jakich sytuacjach pacjent ma otwarte usta? Od 1 (bardzo rzadko) do 5 (prawie zawsze).

Gdy stoi: \_\_\_\_\_

Podczas chodzenia: \_\_\_\_\_

Gdy siedzi: \_\_\_\_\_

Podczas jazdy samochodem: \_\_\_\_\_

Podczas zabawy komórką/komputerem: \_\_\_\_\_

Podczas snu: \_\_\_\_\_

### **Dotyczy dzieci:**

Podczas odrabiania prac domowych: \_\_\_\_\_

Zabaw w domu: \_\_\_\_\_

Zabaw na dworze: \_\_\_\_\_

### **Alergie**

**Tak** ☐, **nie** ☐. Alergiczny nieżyt nosa? Czym spowodowany? \_\_\_\_\_

Od kiedy? \_\_\_\_\_ Do kiedy? \_\_\_\_\_

Ciężkość nieżytu nosa od 1 (umiarkowany) do 5 (ciężki): \_\_\_\_\_

Częstość nieżytu nosa od 1 (rzadkie) do 5 (częste): \_\_\_\_\_

**Tak** ☐, **nie** ☐. Alergia / nietolerancja pokarmowa?

Od kiedy? \_\_\_\_\_ Do kiedy? \_\_\_\_\_

Na jakie składniki? \_\_\_\_\_

### **Dotyczy pacjentów dorosłych**

Jaki jest Pani/Pana wykonywany zawód? \_\_\_\_\_

Jak ocenia Pani/Pan ustawienie swoich zębów w skali od 1 (bardzo złe) do 10 (idealne)? \_\_\_\_\_

Jaki poziom poprawy w ustawieniu zębów będzie dla Pani/Pana zadowalający w powyższej skali? \_\_\_\_\_

Proszę opisać swoje oczekiwania odnośnie leczenia? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Przeczytałam/em i zrozumiałam/em powyższe pytania i udzieliłam/em prawdziwych odpowiedzi.

Jeśli w przyszłości nastąpi zmiana stanu zdrowia mojego/mojego dziecka\*, to poinformuję o tym na najbliższej wizycie.

Wyrażam zgodę na badanie ortodontyczne i przeprowadzenie czynności diagnostycznych.

Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna: \_\_\_\_\_