



LUXDENTICA

CENTRUM STOMATOLOGII

WYWIAD STOMATOLOGICZNY

Czy Pani/Pana zęby są wrażliwe podczas:	nie	tak	nie wiem
1. Spożywania ciepłych, zimnych lub słodkich potraw			
2. Gryzienia lub żucia			
3. Czy zauważył(a) Pan/Pani nieprzyjemny zapach w jamie ustnej?			
4. Czy często ma Pan/Pani opryszczkę lub inne zmiany w jamie ustnej?			
5. Czy cierpi Pan/Pani na choroby dziąseł (krwawienie lub ból dziąseł)?			
6. Czy Pana/Pani rodzice cierpią na chorobę dziąseł?			
7. Czy zaobserwowała(a) Pan/Pani problemy z gryzieniem?			
8. Czy zdarza się Panu/Pani zaciskać lub zgrzytać zębami podczas snu?			
9. Czy ma Pan/Pani problemy ze snem, chrapaniem?			
10. Czy leczył(a) się Pan/Pani ortodontycznie?			
11. Czy miał(a) Pan/Pani przeprowadzany zabieg chirurgiczny w jamie ustnej?			
12. Czy był(a) Pan/Pani leczony periodontologicznie?			
13. Czy miał(a) Pan/Pani urazy w jamie ustnej lub w obrębie głowy? Jeżeli tak, proszę określić jakiego rodzaju:			
14. Czy doświadczył(a) Pan/Pani bólu w okolicy stawów skroniowo-żuchwowych, uszu lub części twarzy?			
15. Czy ma Pan/Pani trudności przy otwieraniu/zamykaniu jamy ustnej?			
16. Czy jest Pan/Pani zadowolony z wyglądu swoich zębów? Jeśli nie, proszę podać przyczynę niezadowolenia:			
17. Czy ma Pan/Pani obawy przed leczeniem stomatologicznym? Jeżeli tak, proszę określić czym są one spowodowane:			

Inne informacje:

Oświadczam, że wszystkie powyżej przedstawione informacje są zgodne ze stanem faktycznym mojego zdrowia. Jestem świadoma/y iż podanie niepełnych lub nieprawdziwych informacji może spowodować wystąpienie poważnych komplikacji podczas leczenia stomatologicznego.

Kraków, dnia: _____

podpis pacjenta: _____