

## Kérdőív a fogászati állapot felméréséhez

Kedves Páciensünk!

A biztonságos és eredményes kezeléshez fontos, hogy egészségi állapotáról pontos képet kapjunk. Bármilyen információ elhallgatása súlyosan befolyásolhatja egészségét. Kérjük figyelmesen olvassa el a feltett kérdéseket és **MINDEGYIKRE VÁLASZOLJON!!!** Adatait személyiségi jogainak tiszteletben tartásával, és az orvosi titoktartás rendje szerint kezeljük. A kezelés folyamán bekövetkezett változásokról értesítse kezelőorvosát.

*A mai látogatás célja/oka:*

- elsősegély
- rutinvizsgálat
- góckutatás
- funkcionális panasz
- esztétikai igények

Igen	Nem

*Jelölje be, az alábbiak közül melyik igaz Önre*

- fájdalom
- ínyvérzés
- ételbeékelődés
- rossz szájíz
- fog mozgathatóság, fogvándorlás
- állkapocs ízületi panasz

Igen	Nem

*Hogyan ápolja fogait? .....*

*Hányszor mos fogat egy nap? .....*

*Tud-e valamilyen, a fogait érintő*

*rossz szokásáról?*

- fogcsikorgatás
- fogszorítás
- egyéb

Igen	Nem

*Fogyaszt-e valamilyen dohányterméket?*

cigaretta

elektromos cigaretta

füstmentes cigaretta (pl. IQOS)

egyéb.....

Igen	Nem

*Ha igen, milyen gyakorisággal? .....*

*Fogászati kezelések a múltban*

Mikor járt utoljára fogorvosnál?.....

Mikor volt legutóbb fogköeltávolításon?.....

Volt-e szájnyálkahártya elváltozása, amelyet kezelni kellett?

Igen	Nem

Részesült-e prevenció ellátásban?

Volt-e valaha szokatlan reakciója injekció, vagy fogászati kezelés miatt?

Igen	Nem

Hölgyeknél: Volt-e terhességi ínygyulladás?

Kezelik-e fogágybetegség miatt?

Volt-e fogszabályozó kezelése?

Van-e fogpótlása?

Volt-e foghúzása?

Volt-e szájsebészeti műtété?

Van-e implantátuma?

Volt-e fej-nyak területet érintő balesete?

Tanácsolta-e orvos, hogy szedjen antibiotikumot orvosi beavatkozás előtt?

Igen	Nem

A hallgatói vizsgálatba és kezelésbe beleegyezem, és hozzájárulok, hogy oktatási és tudományos célból jelen legyenek olyan személyek, akiknek jelenlétét ezen felsőoktatási intézmény tevékenysége indokolja.

Kijelentem, hogy az egészségi állapotommal kapcsolatosan megadott információk megfelelnek a valóságnak.

Igen	Nem

.....  
dátum

.....  
beteg aláírása

.....  
hallgató olvasható aláírása

.....  
orvos olvasható aláírása és pecsétszáma