



Προσωπικό Οδοντιατρικό Ιστορικό Ασθενούς

Ημερομηνία: _____

Όνοματεπώνυμο: _____ Ημ/νία Γέννησης: _____

Πατρώνυμο: _____

Διεύθυνση: _____

Τηλέφωνα: _____ E-mail: _____

Ποιος είναι ο κύριος λόγος της επίσκεψής σας στο οδοντιατρείο μας;

Πόνος στη στοματική κοιλότητα; στις γνάθους; στο πρόσωπο;

Έχετε παραπεμφθεί σε εμάς από άλλο συνάδελφο; ΝΑΙ ΟΧΙ

Όνομα, Ειδικότητα και τηλέφωνο Συναδέλφου: _____

Ποια από τα παρακάτω οδοντιατρικά προβλήματα σας απασχολούν περισσότερο;

Τερηδόνα Προβλήματα με τις υπάρχουσες αποκαταστάσεις

Παθήσεις των ούλων Τραυματισμοί

Προβλήματα με τους μασητήριους μύες

Προβλήματα με την κροταφογναθική άρθρωση

Διαταραγμένη μασητική λειτουργία

Φόβος απέναντι στην οδοντιατρική θεραπεία

Υποβληθήκατε πρόσφατα ή υποβάλλεστε σε ιατρική θεραπεία /ιατρική παρακολούθηση;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Είδος πάθησης: _____

Όνομα και τηλέφωνο ιατρού: _____



Πώς θα περιγράφατε τη γενική κατάσταση της υγείας σας;

Πολύ καλή καλή ικανοποιητική λιγότερο καλή κακή

Λαμβάνετε συστηματική Φαρμακευτική Αγωγή;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Όνομασία Φαρμάκου: _____

Συγκέντρωση: _____

Συχνότητα Λήψης: _____

Πάσχετε από κάποιας μορφής Αλλεργία;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αλλεργιογόνος Ουσία: _____

Υπήρξαν ποτέ προβλήματα κατά τη διάρκεια οδοντιατρικής θεραπείας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Πάσχετε ή πάσχατε στο παρελθόν από κάποια από τις παρακάτω ασθένειες:

Καρδιολογικές Παθήσεις Βηματοδότης Υπέρταση HIV

Τεχνητή Βαλβίδα Διαταραχές της πήξης του αίματος Επιληψία

Σακχαρώδης Διαβήτης Αιμοκάθαρση Ηπατίτιδα (Α, Β, C)

Άλλη Πάθηση/Ασθένεια: _____

Τελευταία επίσκεψη σε οδοντίατρο; _____

Αιτία τελευταίας επίσκεψης; _____

Πότε ακτινοβοληθήκατε τελευταία φορά στην περιοχή των δοντιών / γνάθων;

Υπάρχει πιθανότητα εγκυμοσύνης; ΝΑΙ ΟΧΙ

Άλλες παρατηρήσεις: _____