



## ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_ Ημ/νία Γέννησης: \_\_\_\_\_

Πατρώνυμο: \_\_\_\_\_ Επάγγελμα: \_\_\_\_\_

Μητρώνυμο: \_\_\_\_\_ Επάγγελμα: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση: \_\_\_\_\_

Τηλέφωνα: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Αδέλφια (Όνομα / Ηλικία): \_\_\_\_\_

Ο/Η Ασθενής ζει με: μητέρα  πατέρα  παππού/γιαγιά  μόνος   
άλλο

### Ιατρικό Ιστορικό

Παιδικές Ασθένειες: Παρωτίτιδα  Ιλαρά  Οστρακιά  Ανεμοβλογιά

- Προβλήματα Υγείας: ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΠΟΙΑ; \_\_\_\_\_
- Νοσηλεία σε Νοσοκομείο: ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΓΙΑΤΙ; \_\_\_\_\_
- Έχουν γίνει οι απαραίτητοι Εμβολιασμοί; ΝΑΙ  ΟΧΙ
- Αλλεργίες: ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΠΟΙΕΣ; \_\_\_\_\_
- Λήψη Φαρμάκων: ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΠΟΙΑ; \_\_\_\_\_

Έπασχε ή πάσχει από κάποια από τις παρακάτω νόσους;

Καρδιολογικά Προβλήματα  Αναιμία  Αιμοφιλία  Ηπατίτιδα

HIV  Σακχαρώδης Διαβήτης  Επιληψία  Άσθμα

Αμυγδαλές/Κρεατάκια  Λαγώχειλος/Υπερωϊοσχιστία

Άλλες Παθήσεις: \_\_\_\_\_

Προβλήματα: Λόγου  Ομιλίας  Ακοής  Όρασης  Ύπνου   
Ψυχολογικά



Ψήλωσε το παιδί σας απότομα; ΝΑΙ  ΟΧΙ

Έχει ξεκινήσει η περίοδος (Κορίτσια); ΝΑΙ  ΟΧΙ

Βαθμός στο σχολείο: \_\_\_\_\_

### Οδοντιατρικό Ιστορικό

Οικογενειακός Οδοντίατρος: \_\_\_\_\_ Τηλέφωνο: \_\_\_\_\_

Συχνότητα Φθορίωσης ανά Έτος: \_\_\_\_\_ Τελευταία Επίσκεψη: \_\_\_\_\_

Τραυματισμοί δοντιών / γνάθων: ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΠΟΥ; \_\_\_\_\_

Χειρουργικές Επεμβάσεις: ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ; \_\_\_\_\_

Ενδοδοντικές θεραπείες (Απονευρώσεις): ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΠΟΥ; \_\_\_\_\_

### Ορθοδοντικό Ιστορικό

Θηλασμός: ΝΑΙ  ΟΧΙ  Διάρκεια: \_\_\_\_\_

Θηλασμός Δακτύλου: ΝΑΙ  ΟΧΙ  Ως πότε; \_\_\_\_\_

Πιπίλα: ΝΑΙ  ΟΧΙ  Ως πότε; \_\_\_\_\_

Δάγκωμα νυχιών / χειλιών: ΝΑΙ  ΟΧΙ

Πότε ανέτειλαν τα πρώτα δόντια; \_\_\_\_\_

Υπάρχει ορθοδοντικό πρόβλημα σε άλλα μέλη της οικογένειας; ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αιτία προσέλευσης: \_\_\_\_\_

Προηγούμενη εμπειρία με την ορθοδοντική; ΝΑΙ  ΟΧΙ

Προσδοκίες από την ορθοδοντική θεραπεία: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_