

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	ORTODONTİ ANABİLİM DALI ORTODONTİK TEDAVİ ANAMNEZ FORMU			 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
Kodu HB.FR.139	Yayın tarihi 21.09.2018	Revizyon No 1	Revizyon tarihi 06.12.2024	Sayfa No / Sayfa Sayısı 1/1

Hastanın Adı ve Soyadı :

Hastanın Yaşı: Doğum Tarihi:.....

Anne Adı:.....İşi:.....

Baba Adı:.....İşi:.....

Ev Adresi:.....

Telefon: 0 (.....)

	<u>Evet</u>	<u>Hayır</u>
Hastanın genel sağlığı iyi midir?.....	☐	☐

Hasta herhangi bir nedenle tıbbi tedavi görüyor mu? (Halen ilaç almakta mı?)	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------

Eğer öyleyse lütfen açıklayınız;

.....
.....
.....

	<u>Evet</u>	<u>Hayır</u>
Hastada aşağıdaki durumlar mevcut mu?		

Sık sık soğuk algınlığı	☐	☐
-------------------------------	--------------------------	--------------------------

Allerji	☐	☐
---------------	--------------------------	--------------------------

Baş dönmesi veya bayılma	☐	☐
--------------------------------	--------------------------	--------------------------

Daha önce bir ortodontik tedavi gördü mü?	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------

Dişlerini ilgilendiren bir kaza geçirdi mi?	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------

Herhangi bir kalp rahatsızlığı, şeker hastalığı, astım, tüberküloz, karaciğer hastalığı, böbrek hastalığı veya başka bir rahatsızlığı var mı?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

Varsa lütfen açıklayınız:

.....
.....
.....

Hastanın bademcikleri alındı mı?	☐	☐
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Hasta genellikle evde uysal mıdır? Söz dinler mi?	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------

Aşağıda belirtilen alışkanlıklardan mevcut olanı lütfen işaretleyiniz;

☐ Başparmak emme

☐ Dudak ısırma

☐ Parmak emme

☐ Dil ısırma

☐ Ağızdan solunum

☐ Tırnak ısırma- Yeme

☐ Diş gıcırdatma