

.....

WYWIAD STOMATOLOGICZNY SPECJALISTYCZNY

DZIAŚŁA I TK. KOSTNA

1. Czy podczas mycia lub nitkowania zębów dziąsła krwawią lub odczuwa Pan/-i ból
.....
2. Czy przechodził/a Pan/i kiedykolwiek leczenie chorób dziąseł lub powiedziano Panu/i że nastąpiła utrata kości wokół zębów?
.....
3. Czy kiedykolwiek zauważył/-a Pan/-i u siebie nieprzyjemny smak lub zapach z ust?
.....
4. Czy któreś zęby się chwieją? jeżeli tak to które?
.....

STRUKTURA ZĘBÓW

1. Czy posiada Pan/i braki zębowe?
.....
2. Czy którykolwiek z zębów wykazuje wrażliwość na gorąco, zimno, słodczy, lub czy unika Pan/i czyszczenia szczoteczką jakiegokolwiek części uzębienia?
.....
3. Czy jedzenie dostaje się Panu/i pomiędzy zęby?
.....

ZGRYZ I STAW ŻUCHWY

1. Czy ma Pan/i problemy ze stawami skroniowo-żuchwowymi? (ból, dźwięk podczas ruchu, ograniczony zakres otwarcia, blokada, trzaski)
.....
2. Czy w ciągu ostatnich 5 lat nastąpiły zmiany w Pana/i zębach (skrócenie, ścieranie)
.....
3. Czy Pana/i zęby zmieniły swoją pozycję? (zaczęły na siebie nachodzić, przechyliły się).
.....