



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
0

Revizyon tarihi
-

Sayfa No / Sayfa Sayısı
1/1

Hastanın Adı ve Soyadı :

Hastanın Yaşı: Doğum Tarihi:.....

Anne Adı:.....İşi:.....

Baba Adı:.....İşi:.....

Ev Adresi:.....

Telefon: 0 (.....)

Hastanın genel sağlığı iyi midir?..... Evet Hayır

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

Eğer öyleyse lütfen açıklayınız;

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

Hastada aşağıdaki durumlar mevcut mu? Evet Hayır

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

Hazırlayan	Kontrol Eden Kal. Yön. Direkt.	Onaylayan Dekan

Kalite Yönetim Sistemi Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış KONTROLSÜZ belgedir.
ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSÜZ KOPYADIR.