



SELÇUK
ÜNİVERSİTESİ

**ORTODONTİ ANABİLİM DALI
ORTODONTİK TEDAVİ
ANAMNEZ FORMU**



SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Kodu
SHB.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 (.....)

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

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

Eğer öyleyse lütfen açıklayınız;

Hastada aşağıdaki durumlar mevcut mu? Evet Hayır

Sık sık soğuk algınlığı Evet Hayır

Allerji Evet Hayır

Baş dönmesi veya bayılma Evet Hayır

Daha önce bir ortodontik tedavi gördü mü? Evet Hayır

Dişlerini ilgilendiren bir kaza geçirdi mi? Evet Hayır

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

Varsa lütfen açıklayınız:

Hastanın bademcikleri alındı mı? Evet Hayır

Hasta genellikle evde uysal mıdır? Söz dinler mi? Evet Hayır

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. Sorumlusu	Onaylayan Dekan

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