|  |  |
| --- | --- |
| **Doktorun:**  Adı - Soyadı: | Danışman Öğretim Görevlisi: |
| **Hastanın:** Adı- Soyadı: | Doğum Tarihi: …….. /……… /……..  Cinsiyet : K ( ) E ( ) |
| Adres:  Telefon: Tarih:……../……../……. | |
| Anne Adı: Baba Adı: | |
| EVET HAYIR | |
| Hastanın genel sağlığı iyi midir? ( ) ( ) | |
| Hasta herhangi bir nedenle tıbbi tedavi görüyor mu? ( Halen bir ilaç almakta mı? Eğer öyle ise lütfen açıklayınız) ( ) ( ) | |
| Sık sık soğuk algınlığı olur mu? ( ) ( ) | |
| Alerji ( ) ( ) | |
| Daha önce ortodontik tedavi gördü mü? ( ) ( ) | |
| Dişlerini ilgilendiren bir kaza geçirdi mi? ( ) ( ) | |
| Herhangi bir ameliyat geçirdi mi? ( ) ( ) | |
| Herhangi bir kalp rahatsızlığı var mı? ( ) ( ) | |
| Başka bir rahatsızlığı var mı? ( ) ( ) | |
| Hastanın bademcikleri alındı mı? ( ) ( ) | |
| Aşağıda belirtilen alışkanlıklardan mevcut olanı lütfen işaretleyiniz.  ( ) Başparmak Emme ( ) Dudak Isırma ( ) Parmak Emme  ( ) Ağızdan Solunum ( ) Tırnak Yeme-Isırma ( ) Diş Gıcırdatma  ( ) Diş Fırçalama Alışkanlığı ( ) Eklemlere Ses ( ) Ağızda Kilitlenme | |
| **Dişler**: Eksik……. Gömülü…….. Çürükler……… Malformasyon……. Devital……… Dolgular……. | |
| **Yüz Tipi:** Orta…….. Retro………. Prog…….. Çene ucu………. Burun…….. | |
| **Oklüzyon :** Kapalı…… Açık…….. Open-Bite meyli…….. Normal……. | |
| **Kalsifikasyon:** Molarlar: Sınıf I……. Sınıf II……. Başbaşa……. | |
| **Orta Hat:** Simetrik……. Simetrik Değil…… (Üst…… Alt…….) Overjet……… Overbite…….. | |
| **Alışkanlıklar:** | |
| **Frenilum Bağlantısı :** | |
| **Tonsiller:** | |
| **Kas Hiperaktivitesi:** | |