|  |  |
| --- | --- |
| **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:** |