

ÇENEORTHOPÄDİK SORUFORMULAR

Hastanın Adı: _____ Önadı: _____
Do_um Günü: _____
Okul sınıfı: _____ Boy: _____ cm
Karde_ler Sayısı: _____ Ya_: _____
Havale eden Di_çi: _____

Sizin/Çocu_unuzun Di_durumunda rahatsız eden ne:

- _imdiye kadar Çeneorthopädi Tedavisi yapıldımı? Hayır/Evet
- _rsı olarak Di_/Çene Problemi var mı (Ana Baba/Akraba): Hayır/Evet
- Karde_lerden birisi Çeneorthopädi Tedavisi gördü veya görüyormu? Hayır/Evet
- Hastanın Sa_lık durumu nasıl? iyi+/-kötü
- Hasta_u anda veya devamlı Tıbbi tedavi görüyormu?
Gördü_ü takdirde, neden? Hayır/Evet
- Hasta_aır bir Hastalık gecirdimi?
Geçirdi_i takdirde, hangi? Hayır/Evet
- Çene veya/ve Di_bölgesinde Kaza oldumu? Hayır/Evet
- Hasta daha çok Burnundan mı veya A_zından mı nefes alıyor? Burun/A_ız
- Bademcikler ameliyat oldu mu?
Oldu_u takdirde, ne zaman? Hayır/Evet
- Hasta çok Anjin, Bahar nezlesine veya Astım Hastalıklarına yakalanırmı? Hayır/Evet
- Hastanın Uyku Problemi var mı? Hayır/Evet
- Emmek oluyor mu? (Ba_parmak, Parmak, Emzik, hatta arada sırada veyahutta halen devam ediyor mu)? Hayır/Evet
- Hasta Konu_ma dersine gitti veyahutta gidiyormu? Hayır/Evet
- Çocu_unuz özel Okula gidiyormu? Hayır/Evet
- Hasta nefslı Çalgı çalıyormu? Hayır/Evet
- Tedavi süresinde Dikkat etmemiz gereken özel bir_ey var mı?

Çok Te_ekkür ederiz Soruları cevaplandırdı_nız için. Siz bize yardımcı oluyorsunuz, _imdiki Problemleri do_ru anlamak için ve Sizin/Çocu_unuzun uygun therapotik Tedaviyi hazırlamak için.

Selamlarımla

Dr. med. dent. Hilde Saxer
Dr. med. dent. Marcel Frei