ФИО пациента:

Как бы вы оценили состояние своих зубов и полоти рта? Отличное Хорошее Удовлетворительное Плохое

Дата последнего посещения стоматолога:

Дата последнего рентгенологического обследования:

Дата последнего лечения:

Дата последней чистки:

Вы регулярно посещаете стоматолога:

Есть ли у Вас проблемы, требующие немедленного решения? Если да, то какие?

**Личный анамнез:**

1. Испытываете ли Вы страх перед стоматологическим лечением? От 1 до 10
2. Есть ли у Вас неблагоприятный опыт предыдущего лечения?
3. Были ли у Вас осложнения после стоматологического вмешательства?
4. Были ли когда-нибудь негативные последствия местной анестезии?
5. Проводилось ли когда-нибудь ортодонтическое лечение или избирательное пришлифовывание?
6. Удалялись ли когда-нибудь зубы?

**Характеристика улыбки:**

1. Вы хотите изменить что-нибудь во внешнем виде Ваших зубов?
2. Вы когда-нибудь отбеливали зубы?
3. Чувствуете ли вы дискомфорт, неуверенность, стеснение из-за того как выглядят Ваши зубы?
4. Были ли Вы когда-нибудь разочарованы эстетикой стоматологической реставрации?
5. Мы восстанавливаем улыбку, которая была у Вас раньше или создаем такую, которой у Вас никогда не было?

**Прикус и височно-нижнечелюстной сустав:**

1. Есть ли у Вас проблемы с челюстным суставом ( боль, шум, ограничение открывания, блокировка, щелчки)?
2. При смыкании зубов чувствуете ли Вы, что нижняя челюсть вынужденно задвигается назад?
3. Имеете ли Вы проблемы с дикцией?
4. Отмечаете ли Вы, что стараетесь найти наиболее комфортное положение челюстей при смыкании зубов?
5. Испытываете ли Вы трудности с жеванием или избегаете ли Вы жвачку, морковь, орехи, сухари или другую твердую пищу?
6. Изменились ли Ваши зубы за последние 5 лет, стали короче, тоньше или произошло искривление зубов?
7. Есть ли у Вас скученность зубов или щели между зубами?
8. Стискиваете ли Вы зубы или скрипите зубами днем или ночью?
9. Страдаете ли Вы головной болью ( мигренью)?
10. Есть ли у Вас такие привычки, как грызть ногти, лед, держать зубами предметы
11. Есть ли у Вас проблемы с осанкой?
12. Есть ли у Вас проблемы со сном, просыпаетесь ли вы с головной болью или чувством ощущения собственных зубов?
13. Носите ли Вы или носили какие-нибудь каппы?
14. Стискиваете ли Вы зубы днем, доводите ли Вы их до болезненного состояния?

**Структура зубов:**

1. Отмечался ли у Вас кариес в течение последних 3х лет?
2. Страдаете ли Вы сухостью в полости рте?
3. Чувствуете ли Вы какие-либо полости или углубления на жевательной поверхности зубов?
4. Есть ли у Вас чувствительность зубов на горячее, холодное, при накусывании или сладкое?
5. Есть ли у Вас какие-либо углубления, зазубрины или трещины на зубах рядом с деснами?
6. Застревает ли у Вас пища между зубами регулярно?

**Состояние пародонта:**

1. Кровоточат ли десны во время еды, чистки щеткой или нитью?
2. Проводилось ли когда-либо лечение десен?
3. Вы когда-либо ощущали неприятный привкус во рту или неприятный запах?
4. Страдает ли кто-нибудь из Ваших родственников заболеванием десен?
5. Были ли когда-нибудь рецессии десен?
6. Не возникало ли чувство жжения в полости рта?

**Настрой к лечению:**

1. Вам кажется, что лечение необходимо?
2. Считаете ли вы, что Ваше состояние серьезно?

**Подпись пациента: Дата:**