Kompasowa 1/49, Warszawa +48 22 401 21 22
info@jmkdent.pl www.jmkdent.pl

JMKdent
ortodoncja u specjalisty

KARTA MŁODEGO PACJENTA

Prosimy wypełnić obie strony tego formularza.

INFORMACJE O PACJENCIE

1. Imię i nazwisko dziecka: 2. Data urodzenia: d d - m m - r r r r
3. Adres z kodem pocztowym: ulica - miasto
4. Czy dziecko ma rodzeństwo (tak / nie / imiona i wiek): T N
imię / wiek imię / wiek imię / wiek
5. Dziecko mieszka z: ☐ rodzicami ☐ mamą ☐ tatą inne proszę podać
6. Szkoła / klasa: szkoła klasa

7. Imię i nazwisko rodzica:
8. Adres z kodem pocztowym: ulica - miasto
9. Telefon domowy: Komórkowy:
Do pracy: E-mail:
Preferowany sposób kontaktu: ☐ domowy ☐ komórkowy ☐ do pracy ☐ e-mail

WYWIAD MEDYCZNY

10. Czy Twoje dziecko kiedykolwiek miało (tak / nie)

ADHD	T	N	bóle głowy, migreny	T	N
anemia	T	N	uszkodzenia głowy lub twarzy	T	N
zapalenie stawów	T	N	szmery w sercu, wady serca	T	N
sztuczne stawy, zastawki	T	N	żółtaczka	T	N
astma, trudnosci z oddychaniem	T	N	HPV	T	N
autyzm, choroba Aspergera	T	N	HIV	T	N
zaburzenia krzepnięcia, hemofilia	T	N	choroby nerek, wątroby	T	N
choroby wrodzone	T	N	wypadanie płatka zastawki mitralnej	T	N
rak	T	N	owrzodzenia w jamie ustnej	T	N
opryszczka	T	N	operacje w przeszłości	T	N
cukrzyca	T	N	gorączka reumatyczna	T	N
problemy hormonalne	T	N	choroby tarczycy	T	N
choroby psychiczne	T	N	gruźlica	T	N
padaczka, drgawki	T	N	inne (jakie?)		

11. Czy dziecko ma alergię na:
☐ lateks ☐ metale ☐ leki ☐ jedzenie inne (jakie?)
12. Czy potrzebuje podania antybiotyku przed zabiegami stomatologicznymi? (tak / nie): T N
13. Aktualnie przyjmowane leki: nazwa powód

14. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko było pod opieką lekarza rodzinnego z powodu innego, niż rutynowa kontrola? (tak / nie / powód): T N powód

WYWIAD DENTYSTYCZNY

15. Czy dziecko ma jakieś nietypowe objawy w jamie ustnej? (tak / nie): T N

opis

16. Data ostatniej wizyty u dentysty: dd-mm-rrrr

Czy zęby były profesjonalnie czyszczone w czasie ostatniej wizyty u dentysty? (tak / nie): T N

Czy dziecko było leczone z powodu dolegliwości w stawach skroniowo-żuchwowych? (tak / nie): T N

opis

17. Czy Twoje dziecko ma:

trudności w otwieraniu buzi, żuciu, połykaniu T N

ból lub przeskakiwanie w stawach skroniowo-żuchwowych T N

ból przy żuciu, ziewaniu, szerokim otwieraniu ust T N

ból w/lub okolicy uszu lub policzków T N

staw skroniowy który się blokuje, przeskakuje lub daje nietypowe objawy T N

dźwięki w okolicy stawu skroniowego T N

18. Nawyki

ssanie kciuka / palca / warg do wieku lat T N

zgrzytanie lub zaciskanie zębów T N

tłoczenie języka lub inne problemy czynnościowe T N

chrapanie, oddychanie ustami i/ lub bezdech senny T N

używa szyny nagryzowej na zgrzytanie lub aparatu przeciwdziałającemu chrapaniu T N

INFORMACJE DODATKOWE

19. Czy dziecko miało już:

wcześniejszą konsultacje ortodontyczną? T N wcześniejsze leczenie ortodontycze? T N

Imię i nazwisko poprzedniego lekarza ortodonty:

20. Jaki jest główny problem, z którym się zgłaszasz?

opis

21. Czego oczekujesz od leczenia ortodontycznego swojego dziecka?

opis

22. Czy Twoje dziecko osiągnęło skok pokwitaniowy okresu dojrzewania (menstruacja, owłosienie łonowe, mutacja głosu)? (tak / nie / jak dawno temu): T N

23. Lekarz stomatolog, pod którego opieką jest dziecko:

imię i nazwisko: adres:

24. Lekarz rodzinny, pod którego opieką jest dziecko:

imię i nazwisko: adres:

25. Skierowanie na konsultację ortodontyczną wystawione przez:

dd-mm-rrrr		
data	relacja do dziecka	podpis