**ДЕНТАЛЕН ЦЕНТЪР “СПЕШЪЛ И ИВОДЕНТ 92” ЕООД**

**гр. София, ул.”Рилски езера” № 13**

**02/9623236;0887437436**

[**ivodent92.rs@gmail.com**](mailto:ivodent92.rs@gmail.com)

[**www.ivodent-bg.eu**](http://www.ivodent-bg.eu)

**ПРЕДКЛИНИЧЕН ЕЛЕКТРОНЕН ВЪПРОСНИК**

\*Фамилия……………………………………………………………………..

Име…………………………………………………………………………………..

**Сегашни оплаквания:**

Общи :……………………………….……………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....................................................................................................................

\*Оплаквания в устната кухина и лицевата област :…………………...………………..…… ……………...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

\***Общо здравословно състояние:**

1. В добро здраве ли сте?………………………………
2. Провеждате ли в момента медикаментозно лечение?………….

Ако провеждате, по какви причини?…………………………………

1. Вземате ли лекарства в момента?

Ако да, какви?……………………………….

Имате ли навик да вземате аспирин?

1. Заградете болестите, от които сте боледували:

Сърдечни смущения

Алергия

Диабет

Анемия

Туберкулоза

Обострен ставен ревматизъм

Хепатит

Епилепсия

Бъбречна инфекция

Астма

Хемофилия

Други болести……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Имали ли сте дълготрайно кървене след вадене на зъб?…………………………
2. Проявявате ли анормална реакция към анестетици или към лекарства като пеницилина (ако да, уточнете)?………………………………………..
3. Правили ли сте си тест за откриване на СПИН?…………………….
4. Провеждали ли сте лъчева терапия?…………………………..

Ако да, на коя дата?…………………………………….

Облъчвана зона……………………………..

Предписана доза…………………………….

\***Въпроси за локалното здраве**:

**Вашата лична оценка за наличието на:**

Кариеси………………………………………………………………………………

Зъбен камък…………………………………………………………………………

Зъбни протези *(уточни каква)*……………………………………………………………………………………………

Подвижни зъби…………………………………………………………………………………

Лош дъх от устната кухина……………………………………………………………………

Оголване на зъбните корени…………………………………………………………………..

**Вашата лична оценка за състоянието на:**

Парадонта………………………………………………………………………………………

Оклузията(захапка)……………………………………………………………………………Лигавицата на устната кухина…….………………………………………………………….

Хигиената на устната кухина…………………………………..… …………… ……………

**Методи за хигиенизиране на устната кухина и зъбите**

Четка за зъби:

Време на четкане

Колко пъти дневно?

Начин на четкане

Копринен конец за зъби

Воден спрей

*Имате ли рентгенови снимки на зъбите и челюстите…………………..*

*Имате ли направени кръвни изследвания………………………………*

*Ако да,какви?.............................................................................................*

*…………………………………………………………………………….*

*Провеждал/а ли сте лечение с импланти ?*

*Кога?.............................................................................................................*

*Какви импланти са използвани?......................................................................*

*Прилагано ли е костно заместване и какъв вид?...........................................*