



Današnji datum: _____

Ime osebe, ki izpolnjuje vprašalnik:

VPRAŠALNIK O ZDRAVJU

Pacient naj izpolni vprašalnik sam oziroma naj ga izpolnijo pacientovi starši/skrbniki. Ob nejasnosti prosite za pomoč. Prosimo, da odgovorite na vsa vprašanja. Podatki so zaupne narave in služijo samo za medicinske namene.

Ime in priimek pacienta: _____ Spol: M Ž

Ime matere: _____ Tel.: _____

Ime očeta: _____ Tel.: _____

- Pacientova glavna težava – vzrok prihoda v ortodontsko ambulanto

.....

- Družinska anamneza

VPRAŠANJE (odgovor z DA ali NE)	MATI	OČE	SESTRE, BRATJE
Kongenitalne anomalije (razcep ustnice, trdega in/ali mehkega neba, sindromi,			
Nepravilno raščeni zobje			
Bronhitis			
Astma			
Alergije (vrsta alergije, alergeni)			
Imeli ortodontki aparat			
Neizraščeni zob, nadštevilčni zob, nepravilno oblikovan zob			

Število otrok v družini

- Do kdaj je otrok pil po steklenički?

- do 1 leta - do 2 leta - do 3 leta - po 3 letu starosti

- Ima otrok dudo? DA NE

- Ali sesa palec? DA NE Če ja, do kdaj ga je sesal? _____

- Si je poškodoval zobe? DA NE Če si je, kdaj in kaj je bil vzrok poškodbe, ter katere zobe si je poškodoval? _____

- Koliko mesecev je bil otrok dojen (obkrožite)

- do 1 m. - do 6 m. - do 12 m. - do 18 m. - več kot 18 mesecev

Če ima otrok bolezen, ki ni navedena zgoraj, jo navedite:

Otrokov izbrani zdravnik je: _____

Podpis izpolnjevalca vprašalnika:

Pregledal: