

Yetişkin Hasta Bilgi Formu

İlk ortodonti muayenesinden önce doldurabilirsiniz. Emin olmadığınız soruları boş bırakabilir, muayenede birlikte konuşabiliriz.

Kişisel bilgiler

Ad soyad _____
Doğum tarihi _____ Meslek _____
Telefon _____ E-posta _____
Adres / şehir _____
Kliniğimizi nereden duydunuz? _____

Başvuru nedeniniz

☐ Dişlerde çapraşıklık ☐ Çene eklemi ağrısı / ses
☐ Dişler arası boşluk ☐ Tedavi sonrası dişlerin kayması
☐ Öne çıkık dişler ☐ Görünümle ilgili beklenti
☐ Kapanış sorunu (derin, açık, çapraz) ☐ İkinci görüş
Diğer _____

Genel sağlık

Sürekli takip edilen bir hastalığınız var mı? (kalp, şeker, tansiyon, tiroid vb.) ☐ Evet ☐ Hayır
Kanama ya da pıhtılaşma sorunuz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
Kemik erimesi ya da kanser tedavisi için ilaç kullandınız mı / kullanıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
Hamile misiniz ya da hamilelik planınız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
Sigara kullanıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
Son 6 ayda ameliyat oldunuz mu? ☐ Evet ☐ Hayır
Düzenli kullandığınız ilaçlar _____
Alerjileriniz (ilaç, lateks, nikel vb.) _____

Diş geçmişi

Daha önce ortodonti tedavisi gördünüz mü? ☐ Evet ☐ Hayır
Diş sıkma ya da gıcırdatma alışkanlığınız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
Çene ekleminde ağrı, ses ya da kilitlenme oluyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır
Diş eti kanaması ya da diş eti hastalığı tedavisi oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır
Ağzınızda implant, köprü ya da kaplama var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
Son bir yıl içinde diş röntgeni çektirdiniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır
Son diş hekimi kontrolünüz (yaklaşık tarih) _____

Tedaviden beklentileriniz ve sormak istedikleriniz

Bu formdaki bilgiler yalnızca muayene ve tedavi planlaması amacıyla kullanılır ve 6698 sayılı KVKK kapsamında korunur. Ayrıntılar: ankarainvisalign.com/kvkk-aydinlatma-metni. Formu kliniğe elden teslim ediniz.

Tarih İmza

Bu belge genel bilgilendirme amaçlıdır; size özel talimatlar için hekiminizin söylediklerini esas alın. Acil sağlık durumlarında 112'yi arayın.

