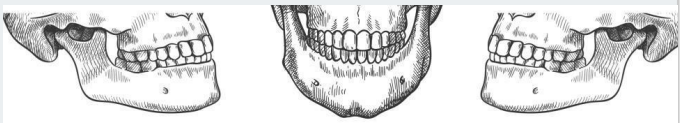
ortodonta.help
dla pacjentów i lekarzy

| lp | Imię Pacjenta<br>(bez nazwiska) | |
|---|---|---|
| 1 | Występujące choroby ogólne, zespoły wad wrodzonych | |
| 2 | **RODZAJ WADY:**<br>rozpoznanie postawione przez lekarza prowadzącego | |
| 3 | Czas rozpoczęcia leczenia ortodontycznego: | |
| 4 | **od kiedy Pacjent pozostaje pod kontrolą ortodontyczną** | |
| 5 | **(I) Przypadek: bez aparatu - prosimy o załączenie zdjęć wg zilustrowanych schematów** |  |
| 6 | **(II) Przypadek: z aparatem zdejmowanym<br>rodzaj aparatu ew. jego zdjęcie (wysłane w mailu)** | Rodzaj aparatu: |
| 7 | **(III) Przypadek: z aparatem stałym<br>rodzaj aparatu ew. jego zdjęcie (wysłane w mailu)** | Rodzaj aparatu:<br> |

ortodonta.help
dla pacjentów i lekarzy

| | | |
|---|---|---|
| 8 | **ZABIEGI CHIRURGICZNE**<br><br>**jakie zabiegi chirurgiczne były wykonane w obrębie jamy ustnej np. ekstrakcja zębów, podcięcie wędzidełka wargi górnej, dolnej, policzków, języka** | Krótki opis wykonanych zabiegów chirurgicznych:<br><br>Numer usuniętego zęba:<br><br>Zaznacz pasujące odpowiedzi lub tylko jedną. W przypadku usunięcia więcej niż jednego zęba dopisz numer zęba przy powodzie usunięcia, którego dany ząb dotyczy. Ząb usunięty z powodu:<br><br>☐ • zniszczenia próchnicowego<br>☐ • urazu<br>☐ • wskazań ortodontycznych |
| 9 | **IMPLANTY protetyczne** | Obecne:<br><br>NIE: ☐<br>TAK: ☐<br><br>Informacje dodatkowe jeśli tak<br>*numery implantów |

ortodonta.help
dla pacjentów i lekarzy

| | | |
|---|---|---|
| 10 | **OPIS PROBLEMU**<br><br>**Opis problemu z przebiegiem leczenia, jakie wystąpiły komplikacje?)** | |
| 11 | **Dodatkowe informacje, które powinien znać lekarz przed rozpoczęciem konsultacji** | |

Prosimy o wypełnienie tej części formularza
w przypadku **problemów ze stawami skroniowo żuchwowymi:**

| | | |
|---|---|---|
| 12 | Imię Pacjenta<br>(bez nazwiska) | |
| **13** | 1) Czy Pacjent posiada opis USG stawów, RM (rezonans magnetyczny), CT (tomgorafia) stawów | USG<br>TAK: ◯<br>NIE: ◯<br><br>RM<br>TAK: ◯<br>NIE: ◯<br><br>CT<br>TAK: ◯<br>NIE: ◯ |

ortodonta.help
dla pacjentów i lekarzy

| | | |
|---|---|---|
| 14 | 2) `Czy leczenie było wspomagane podawaniem botoksu | |
| 15 | 3) czy zostały zaobserwowane zmiany podczas prowadzonej terapii. Prosimy dookreślić: | ◉ a) brak zmian<br>○ b) poprawa<br>○ c) nasilenie objawów |

Prosimy o wypełnienie tej części formularza
w przypadku wystąpienia **problemów z przyzębiem**

| | |
|---|---|
| dookreślić w formie opisowej:<br><br>a) dotychczasowe leczenie<br>b) zabiegi na przyzębiu - przeszczepy, pogłębianie dna przedsionka, korekta przyczepów wędzidełek. | |

ortodonta.help
dla pacjentów i lekarzy

| | |
|---|---|
| Dodatkowe informacje / inne | |

| Miejsce na pytania, wątpliwości, ew. inne informacje nie zawarte w formularzu. Prosimy o zawarcie wszystkich pytań, wątpliwości, na które w ramach konsultacji powinna zostać udzielona odpowiedź: |
|---|
| |