



ADATLAP BEÜLTETÉSHEZ

Név:..... Születési év:.....
Cím:..... Telefon:.....
Mobil:..... Email:.....

Előző betegségek:
Jelenlegi gyógyszerek és drog:

Jelenlegi kezelőorvos neve:..... és telefonja:.....

Gyógyszer érzékenység, és allergia

nincs ha van mire:

Munkahelyi ártalom nincs van, éspedig:

Testsúly állandó ingadozó

Diéta / fogyókúra nem most időnként

Tart-e vegetáriánus étrendet? nem igen

Fogyaszt-e tejterméket igen ritkán nem

Szed-e savlekötőt nem igen

Jól alszik-e igen nem

Közérzet jó változó sokat szorong

Izületi panaszok nincsenek vannak

Állkapocs ízület panaszmentes ropogás fájdalom

Sérült-e valamikor az álla, arca nem igen

Észlelte-e, hogy lazák, mozgathatóak a fogai
 nem egyszer többször is

Csikorgat, vagy szorítja-e a fogait
 nem ha igen mikor:

Ínyvérzés, aphta soha ritkán gyakori

Arcüreg gyulladás nem volt elmúlt jelenleg is van

Arcidegzsába nincs ha van, hol:

Fogmosás napi háromszor kétszer egyszer

Használ-e szájzuhanyt fogselymet elektromos fogkefét

Dohányzik? nem ha igen mennyit:

Sportol-e nem ha igen, mit és milyen rendszeresen