

Anamnesi dentale

- Il paziente ha mai subito traumi ai denti? Si No
- Il paziente ha mai subito traumi alla faccia o alla mandibola? Si No
- Il paziente soffre di una qualsiasi forma di alterazione posturale? Si No
- Il paziente ha mai avuto dolore o sentito rumori all'orecchio? Si No
- Il paziente stringe i denti la notte? Si No
- Il paziente ha usato ciuccio e/o biberon oltre i 4 anni d'età? Si No
- Il paziente ha succhiato il pollice, qualche altro dito o qualche altro oggetto in passato? Si No
- Il paziente succhia il pollice, qualche altro dito o qualche altro oggetto in questo momento? Si No
- Il paziente si mangia le unghie? Si No
- Il paziente dorme a bocca aperta o russa mentre dorme? Si No
- Il paziente quante volte si lava i denti ogni giorno? _____

Se i suoi denti (o i denti di suo figlio) potessero essere spostati come li cambierebbe?

- denti superiori in avanti denti superiori indietro
- denti inferiori in avanti denti inferiori indietro
- chiusura degli spazi tra i denti superiori chiusura degli spazi tra i denti inferiori
- allineamento dei denti superiori affollati allineamento dei denti inferiori affollati
- denti superiori in alto perché si vedono troppo le gengive non lo so
- altro _____

Se qualsiasi componente della faccia del paziente potesse essere modificata, che cosa vorreste ottenere?

- Labbra superiori avanti indietro
- Labbra inferiori avanti indietro
- Osso mascellare superiore avanti indietro
- Osso mascellare inferiore avanti indietro
- Mento più sporgente meno sporgente
- Naso più sporgente meno sporgente
- Nessun cambiamento

Qualche parente del paziente presenta una chiusura dei denti non corretta molto evidente?

Si No

E' consapevole che il trattamento ortodontico potrebbe modificare in qualche modo l'aspetto facciale?

Si No

Vi interessa migliorare l'aspetto dentale già adesso anche se servirà un ulteriore trattamento successivo?

Si No

A che tipo di trattamento ortodontico siete, eventualmente, interessati? (potete anche barrare entrambe le risposte)

Ortodonzia fissa in metallo Ortodonzia rimovibile invisibile

Se il paziente è minore:

Nome dei genitori _____

Professione dei genitori _____

Firma del paziente (o del genitore)