GENEL BİLGİLER

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| Cinsiyeti |  |
| Doğum yeri ve yılı |  |
| Veli adı |  |
| Kardeş sayısı |  |
| Adres ve telefon numarası |  |
| Kurumu ve kart numarası |  |
| Kliniğe başvuru nedeni |  |

TIBBI BİLGİLER

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| En son muayene tarihi |  | |
| Nedeni: |  | |
| Çocuğun doğumu normal 9 ay sürecinde mi oldu? | Evet Hayır | |
| Prematür ise kaç aylık |  | |
| Şu anda bir doktor kontrolünde mi? | Evet Hayır | |
| Kontrolde ise nedeni: |  | |
| Hastanede yatarak tedavi oldu mu? | Evet Hayır | |
| Yattıysa nedeni: |  | |
| Sürekli bir ilaç kullanıyor mu? | Evet Hayır | |
| Kullanıyorsa isimleri: |  | |
| Çocuğun geçirdiği hastalıklar  ÇOCUKLUK HASTALIKLARI  Kızıl  Kızamık  Su çiçeği  Difteri  Boğmaca  Zatürre  Kabakulak  ZİHİNSEL ÖZÜR:  FİZİKSEL ÖZÜR: | METABOLİK HASTALIKLAR  Şeker hastalığı  Hormon bozukluğu  Kalp hastalığı  Böbrek hastalığı | Diğer Hastalıklar  Bulaşıcı hastalıklar  Sarılık  Hepatit  Tetanoz  Anemi  Kanama problemi  Sara  Bayılma  Ruhi bunalım |
| Çocuğun aşağıdakilere normal dışı bir reaksiyonu var mı?  Lokal anestezik Evet Hayır  Penisilin Evet Hayır  Diğer ilaç ve yiyecekler Evet Hayır  Gerekli görülen diğer açıklamalar: | Tarih  Flor 1. Seans  Flor 2. Seans  Flor 3. Seans  Flor 4. Seans | Fissur sealant:  Uygulanan diş no:  Tarih: |

**AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞINA AİT BİLGİLER:**

|  |  |
| --- | --- |
| Çocuğun daha önce diş muayenesi ya da tıbbi muayene sonrasında hoş olmayan bir reaksiyonu oldu mu? | Evet 🞏 Hayır 🞏 |
| Aile bireylerinde fazla diş ya da eksik diş gibi normal dışı bir durum var mı? | Evet 🞏 Hayır 🞏 |
| Çenesini ve ön dişlerini çarptığı bir düşme olayı oldu mu? | Evet 🞏 Hayır 🞏 |
| Olduysa fraktüre dişler: | |
| Kronik enfeksiyona bağlı mine defektleri var mı? | Evet 🞏 Hayır 🞏 |
| Flor kullanıyor mu? | Evet 🞏 Hayır 🞏 |
| Diş gıcırdatıyor mu? | Evet 🞏 Hayır 🞏 |
| Parmak emiyor mu? | Evet 🞏 Hayır 🞏 |
| Dudak ısırıyor / emiyor mu? | Evet 🞏 Hayır 🞏 |
| Tırnak yiyor mu? | Evet 🞏 Hayır 🞏 |
| Ağızdan soluk alıyor mu? | Evet 🞏 Hayır 🞏 |
| Frenulum sorunu var mı? | Evet 🞏 Hayır 🞏 |
| TME sorunu var mı? | Evet 🞏 Hayır 🞏 |
| Diğer kötü ağız alışkanlığı var mı?  Varsa açıklayınız: | Evet 🞏 Hayır 🞏 |
| Yutkunma | Normal 🞏 İnfantil 🞏 |
| Dudak kapanışı | Yeterli 🞏 Yeterli değil 🞏 |
| Dil konumu | Normal 🞏 İnterdental 🞏 |
| Dil büyüklüğü | Normal 🞏 Büyük 🞏 |
| Ağız dışı salya akışı | Evet 🞏 Hayır 🞏 |
| Dişte yüzey aşınması | Fizyolojik 🞏 Fizyolojik değil 🞏 |
| MALOKLUZYONLAR  Derin kapanış (deep-bite) 🞏  Artmış overjet 🞏  Ön açık kapanış (open-bite) 🞏  Yan açık kapanış 🞏  Ön dişerde rotasyon 🞏  Arka dişlerde rotasyon 🞏  Diestemalar 🞏  Çapraz kapanış (cross-bite) 🞏  Maksiller protruzyon 🞏 | Sınıf 1 kapanış 🞏  Sınıf 2 kapanış 🞏  Sınıf 3 kapanış 🞏 |

**GEREKEN TEDAVİLER**

|  |
| --- |
| Endodontik Diş no: |
| Restoratif Diş no: |
| Çekim Diş no: |
| Yer tutucu Diş no: |
| Periodontal: |

Velinin çocuğa yakınlık derecesi:

Çocuktan hukuken sorumlu musunuz?

**İMZA: TARİH:**