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 hastalıklarÇOCUKLUK HASTALIKLARIKızıl Kızamık Su çiçeği Difteri Boğmaca Zatürre Kabakulak ZİHİNSEL ÖZÜR: FİZİKSEL ÖZÜR:  | METABOLİK HASTALIKLARŞeker hastalığı Hormon bozukluğu Kalp hastalığı Böbrek hastalığı  | Diğer HastalıklarBulaşıcı 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: |   TarihFlor 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 🞏 |
| MALOKLUZYONLARDerin 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:**