



WYWIAD LEKARSKO – STOMATOLOGICZNY

Dziecko

Dziecko	
..... Imię i nazwisko Numer PESEL

Poród	naturalny/cesarskie cięcie
Karmienie piersią	TAK (jak długo?.....) / NIE
Problemy z karmieniem piersią	TAK (przyczyna.....) / NIE
Gryzienie twardych pokarmów	Od kiedy? (.....)
Problem z gryzieniem twardych produktów	TAK / NIE / NIE WIEM
Ssanie kciuka	TAK (jak długo?.....) / NIE
Ssanie smoczka	TAK (jak długo?.....) / NIE
Węzidełko języka	Prawidłowe/Podcinane/nie wiem
Brudzenie się przy jedzeniu	TAK / NIE/ NIE WIEM
Oddychanie przez usta w ciągu dnia	TAK / NIE / NIE WIEM
Oddychanie przez usta w ciągu nocy	TAK / NIE / NIE WIEM
Chrapanie podczas snu	TAK / NIE / NIE WIEM
Zaciskanie zębów/zgrzytanie zębami	TAK / NIE / NIE WIEM
Migdały usunięte	TAK (kiedy?.....) / NIE
Czas spędzony przy ekranie laptopa/komputera/telewizora/telefonu	2h / 2h-4h / 4h-6h / 10h na dobę
Garbienie się/stwierdzona wada postawy	TAK / NIE / NIE WIEM
Obgryzanie paznokci	TAK / NIE / NIE WIEM
Przygryzanie długopisu/wargi/policzków	TAK / NIE / NIE WIEM
Wada wymowy	TAK / NIE / NIE WIEM
Opieka logopedyczna	TAK (od kiedy?.....) / NIE
Uraz zębów mlecznych/stałych	TAK / NIE / NIE PAMIĘTAM
Uraz głowy/szczęk/wypadek samochodowy	TAK / NIE / NIE PAMIĘTAM

OŚWIADCZENIE:

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

Rodzic/Opiekun prawny

Rodzic/Opiekun prawny	
..... Imię i nazwisko Numer PESEL

Wrocław, dn.

.....

Podpis