

## Sveikatos būklės anketa

Išsamūs Jūsų atsakymai į klausimus padės tiksliai įvertinti dantų ir burnos būklę, diagnozuoti susirgimą ir numatyti efektyviausią gydymą. Ši informacija bus konfidenciali.

Jei galite, atsakykite į visus klausimus. Iš anksto dėkojame.

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Jūsų sveikata: puiki <input type="checkbox"/> gera <input type="checkbox"/> patenkinama <input type="checkbox"/> bloga <input type="checkbox"/> | Taip                     | Ne                       |                          |
| 2. Ar gydotės šiuo metu? <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| Jei taip, tai nuo ko? _____  |                          |                          |                          |
| 3. Ar per pastaruosius 2 metus Jūs gydėtės ligoninėje?<br>Nuo kokios ligos? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 4. Ar vartojate šiuo metu vaistus?<br>Kokius? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 5. Ar vartojate vaistus dėl osteoporozės?<br>Kokius? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 7. Ar vartojate aspiriną ir/ar kitus kraują skystinančius vaistus?<br>Kokius? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ar esate alergiškas vaistams?<br>Kokiems? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 9. Ar esate alergiškas kam nors kitam?<br>Kam? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 10. Ar vaistai yra sukėlę pašalinių reakcijų?<br>Kokie vaistai? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 11. Ar pastebėjote, kad susižeidęs ilgai kraujuojate?  |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ar rūkote? <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Jei taip, tai kiek cigarečių per dieną? _____  |                          |                          |                          |

### Papildomi klausimai moterims: Taip Ne

1. Ar esate nėščia?
2. Ar žindote kūdikį?
3. Ar vartojate kontraceptinius vaistus?

### Sergate ar sirgote šiomis ligomis:

	Taip	Ne	Jei taip, patikslinkite:
Širdies ligos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nervų, psichinės ligos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Geltligė (hepatitas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Opaligė	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hipertonija, hipotonija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Skydliaukės ligos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Plaučių ligos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vėžiniai susirgimai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reumatas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuberkuliozė	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Šienligė	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inkstų ligos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anemija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Turite ar turėjote:

	Taip	Ne	Jei taip, patikslinkite:
Spindulių terapijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nualpimų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dusulį	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chirurginių operacijų)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Šnarių patinimų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Traumų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nesuaugusį gomurį / lūpą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kalbos ar klausos problemų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tonzilių/adenoidų/sinusų problemų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Miego sutrikimų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Augimo problemų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Jei yra kitų aukščiau neišvardintų problemų, nurodykite:

\_\_\_\_\_

Mes Jums būsimė dėkingi, kad, jei esate ŽIV (HIV) viruso nešiotoja (-as) – perspėsite mus.

Jei gydymo metu pasikeis Jūsų sveikatos būklė, prašome mums pranešti.

Jūsų šeimos gydytojo pavardė \_\_\_\_\_ Gydyimo įstaiga \_\_\_\_\_

### Odontologinė istorija

Išvardinkite pagrindinius nusiskundimus, susijusius su Jūsų dantų būkle:

---

---

Ar Jūs esate buvęs pas dantų gydytoją? \_\_\_\_\_

Paskutinio vizito data: \_\_\_\_\_

Jūsų dantų gydytojo pavardė: \_\_\_\_\_

**Pažymėkite atsakymą į kiekvieną šių teiginių:**

	Taip	Ne	Jei taip, patikslinkite:
Ar Jūsų dantenos kraujuoja?			
• Valant šepetėliu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Kramtant maistą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Savaimė	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ar Jūsų dantys jautrūs?			
Karštam maistui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Šaltam maistui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Saldžiam maistui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ar šiuo metu Jūs skundžiatės danties skausmu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ar jaučiate sausumą ar deginimą burnoje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ar Jums sunku kramtyti maistą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ar Jums stringa maistas tarp dantų?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ar turėjote galvos, kaklo, žandikaulio sužalojimų, traumų?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ar Jūs „griežiate“ dantimis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ar jaučiate skausmą ar traškesį apatinio žandikaulio sąnaryje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ar Jums sunku išsižioti ar susičiaupti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ar jaučiate, kad kramtant maistą žandikaulis pavargsta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ar Jums skauda sprandą, kaklą, veidą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ar Jums dažnai skauda galvą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ar esate patyręs komplikacijų, susijusių su dantų gydymu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ar Jūs esate buvęs pas gydytoją ortodontą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ar esate nešiojęs ortodontinį aparatą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ar Jums yra valyti dantų akmenys?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ar Jums yra gydytos dantenos (pvz., dėl periodontito)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ar kada nors ilgai kraujavo ištraukto danties žaizda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ar Jūs esate apmokytas burnos priežiūros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ar Jūs turite kitų odontologinių problemų, apie kurias mes turėtume žinoti? Jei taip, išvardinkite:

---

---

**( Paciento vardas, pavardė ir parašas) (data)**