

GENEL MUAYENE FORMU

ADI SOYADI:

TARİH:

TEL:

TC KİMLİK NO:

YAŞ:

CİNSİYET:

SİSTEMİK HASTALIK

YOK

VAR:

KALP: HİPERTANSİYON

KOLESTEROL

ARİTMI

MI HİKAYESİ

BYPASS

DİĞER:

DİYABET: TİP 1

TİP 2

ORTALAMA DEĞER:

ROMATİZMA:

ALERJİ:

DİĞER:

KULLANDIĞI İLAÇLAR:

SİGARA KULLANIMI/SIKLIĞI/SÜRESİ:

DENTAL MUAYENE

ESAS ŞİKAYETİ:

EN SON DİŞ HEKİMİ ZİYARETİ ZAMANI/SEBEBİ/SIKLIĞI:

DİŞ FIRÇALAMA SIKLIĞI:

AĞIZ BAKIMI İÇİN BAŞKA BİR ŞEY KULLANIYOR MU? (DİŞ İPİ, ARAYÜZ  
FIRÇASI, GARGARA VS.):

DİŞ SIKMA/ GICIRDATMA VAR MI?: