



Gísli Einar Árnason
Tannréttingar

Vinsamlegast prentaðu út þetta blað, svaraðu eftirfarandi spurningum eftir bestu getu og hafðu með þér í skoðunartímann.

Nafn: _____ Kt.: _____

Netfang: _____ Skóli/vinna: _____

Tennur og munnur:

Hver er tannlæknirinn þinn?: _____

Hvenær fórstu síðast í skoðun til hans?: _____

Hver benti þér á að athuga með tannréttingu?: _____

Hvað finnst þér að mætti laga varðandi tennurnar?: _____

Hefur þú verið í tannréttingameðferð áður?: _____

Hefur þú fengið alvarlegt högg eða áverka á tennur eða andlit?: _____

Brakar eða smellur í kjálkaliðum?: _____

Hefur þú ávana eða kæki tengda tönnum eða munni?: **strikaðu undir**
gnísti tönnum / fingursog / naga hluti / annað _____

Hafa háls- eða nefkirtlar verið fjarlægðir?(hvenær): _____

Átt þú erfitt með að anda með nefinu?: _____

Átt þú erfitt með að tala skýrt?: _____

Eru tennur þínar viðkvæmar fyrir hita og kulda?: _____

Almennt heilsufar

Tekur þú lyf reglulega? (ef já, hvaða?): _____

Hefur þú ofnæmi?: _____

Hefur þú einhverja sjúkdóma? (ef já, hvaða?): _____

Hefur þú verið til meðferðar hjá lækni á síðastliðnum 2 árum?: _____

Var meðganga eðlileg? (vinsamlega tilgreinið ef barn var fyrirburi): _____

Ert þú barnshafandi núna?: _____

Hefur þú vandamál vegna einhvers af eftirtöldu:

Hjarta- og blóðþrýstingssjúkdóma: já [] nei [] Höfuðverkja: já [] nei []

Liða eða vöðva: já [] nei [] Smitsjúkdóma: já [] nei []

Sykursýki: já [] nei [] Blóð- eða blæðingasjúkdóma: já [] nei []

Flogaveiki: já [] nei [] Brjóstsviða: já [] nei []

Annað: _____