



VPRAŠALNIK O ZDRAVJU

Vprašalnik izpolni eden od staršev ali skrbnik otroka - pacienta.
Vsi podatki so zaupne narave.

Ime in priimek pacienta: _____ Spol: M Ž

Datum rojstva: _____ kraj rojstva: _____

Naslov: _____ Tel. doma: _____

Ime matere: _____ Tel.: _____

Ime očeta: _____ Tel.: _____

1. Motiv prihoda k zobozdravniku? _____

2. Kdaj je bil otrok prvič pri zobozdravniku in zakaj? _____

3. Je imel otrok neprijetno izkušnjo z zobozdravniško oskrbo: DA NE

4. Ali otrok uživa veliko sladkorja? DA NE

5. Ali otrok pije sladke tekočine (sokovi, čaj, gazirane pijače)? DA NE

6. Ali otrok pije po steklenički? DA NE

7. Ali otrok zaspi s stekleničko oziroma ponoči pije po steklenički? DA NE

8. Do kdaj je pil po steklenički?
- do 1 leta - do 2 leta - do 3 leta - po 3 letu starosti

9. Ali ima otrok dudo? DA NE

10. Ali sesa palec? DA NE

11. Ali si je poškodoval zobe? DA NE

Če da, kdaj in kaj je bil vzrok poškodbe ter katere zobe si je poškodoval:

12. Koliko mesecev je bil otrok dojen (obkrožite):
- do 1 m. - do 6 m. - do 12 m. - do 18 m. - več kot 18 mesecev

13. Kako pogosto si otrok umiva zobe (obkrožite)?
- manj kot 1 x tedensko - 1-3 x tedensko - 4-6 x tedensko
- 1-2 x dnevno - več kot 2 x na dan

14. Ali otroku kdo pomaga pri umivanju zob? DA NE

15. Ali je otrok prejemal tablete s fluoridi? DA NE

Če da, navedite doze ter od kdaj do kdaj: _____

16. Sta oče ali mati otroka imela ortodontski aparat? DA NE
17. Se je kdo v družini zdravil za parodontalno boleznijo? DA NE
18. Ali so bile med nosečnostjo prisotne kakšne težave? DA NE

Če so, navedite katere: _____

19. Ali so med porodom nastopili zapleti? DA NE

Če so, navedite kateri: _____

20. Ali je (bil) otrok pogosto bolan? DA NE

21. Katere otroške bolezni je prebolel: _____

22. Ali ima otrok alergijo? DA NE

Če da, navedite na kaj: _____

23. Ali je alergičen na kakšno zdravilo? DA NE

Če da, navedite na katero: _____

24. Ali je bil otrok kdaj poškodovan? DA NE

Če da, navedite kdaj in kaj si je poškodoval: _____

25. Ali je bil kdaj operiran? DA NE

Če da, navedite kdaj in zakaj: _____

26. Se je v zadnjih dveh letih zdravil v bolnišnici? DA NE

Če se je, navedite kdaj in zakaj: _____

27. Ali redno jemlje kakšna zdravila? DA NE

Če da, navedite katera: _____

28. So zaradi lokalnih anestetikov ali splošne anestezije kdaj nastopili zapleti? DA NE

Če so, navedite kdaj in kakšni: _____

29. Ali je dobil kdaj transfuzijo krvi? DA NE

30. Obkrožite bolezni (stanja), ki jih je imel ali jih ima otrok:

| | | |
|------------------|---------------------------|-----------------------------|
| bolezni srca | epilepsija | rakava obolenja |
| bolezni ledvic | sladkorna bolezen | bolezni krvi (npr. motnje v |
| astma | sinusitis | strjevanju krvi, |
| pogost kašelj | ustna kandidiaza | slabokrvnost) |
| bolezni ščitnice | bolezni prebavnega trakta | |

Druge bolezni ali bolezenska stanja _____

Podpis starša/skrbnika: _____

Podpis študenta: _____

Datum: _____

Podpis vodje vaj: _____