

## מתרפא/ה נכבד/ה !

על מנת שנוכל לטפל בך באופן רפואי יעיל יותר, אנו מעוניינים לדעת יותר עליך ועל הרגליך. אנא, הואיל/י לענות על שאלון זה:

### פרטיים אישיים:

שם \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_  
ארץ לידה \_\_\_\_\_ תאריך עליה \_\_\_\_\_ מספר ילדים \_\_\_\_\_  
עיסוק/מקצוע \_\_\_\_\_ מקום עבודה \_\_\_\_\_ שעות העבודה \_\_\_\_\_  
בן/בת זוג - עיסוק/מקצוע \_\_\_\_\_

### ריח רע מהפה ? סמנו X במקום המתאים.

א. האם נראה לך שאת/ה סובל/ת מריח לא נעים מהפה ?

כן, \_\_\_\_\_ יתכן, \_\_\_\_\_ לא. \_\_\_\_\_

ב. אם כן, כמה זמן כבר ?

\_\_\_\_\_ ימים, \_\_\_\_\_ שבועות, \_\_\_\_\_ חודשים, \_\_\_\_\_ שנים.

ג. האם מישהו מקרוביך אמר לך שהנך סובל/ת מריח לא נעים מהפה ?

כן, כל הזמן, \_\_\_\_\_ כן, \_\_\_\_\_ לא. \_\_\_\_\_

ד. האם הנך מקיימת הרגל כלשהו בחלל הפה ? (לעיסת קצה עט או עיפרון וכדומה):

כן, כל הזמן, \_\_\_\_\_ כן, \_\_\_\_\_ לא. \_\_\_\_\_

ה. האם הנך מעשנת ?

כן, כל הזמן, \_\_\_\_\_ כן, \_\_\_\_\_ לא. \_\_\_\_\_  
כמות ליום \_\_\_\_\_

ו. האם הנך נושם בעיקר מהפה (יבש בפה בבוקר וכד') ?

כן, כל הזמן, \_\_\_\_\_ כן, \_\_\_\_\_ לא. \_\_\_\_\_

### מצב בריאותי: סמנו X במקום המתאים.

א. האם מצב בריאותך תקין ?

כן, \_\_\_\_\_ לא \_\_\_\_\_ פרט \_\_\_\_\_

ב. האם הנך אלרגי/ת לדברי מאכל כלשהם ?

כן, \_\_\_\_\_ לא \_\_\_\_\_ פרט \_\_\_\_\_

ג. האם הנך אלרגית/לגורמים אחרים ?

\_\_\_ כן, \_\_\_ לא פרט \_\_\_\_\_.

ד. האם הנך סובל מנזלת כרונית או סינוסיטיס ?

\_\_\_ כן, כל הזמן, \_\_\_ כן, \_\_\_ לא.

ה. האם הנך סובל מכיב בקיבה או בעיית עיכול אחרת ?

\_\_\_ כן, כל הזמן, \_\_\_ כן, \_\_\_ לא.

**היגיינת חלל הפה:** סמנו X במקום המתאים.

ד. אני מצחצח/ת שיניים :

\_\_\_ פעם אחת, \_\_\_ פעמיים ביום, \_\_\_ שלוש פעמים ויותר.

ה. אני משתמש/ת בחוט דנטלי :

\_\_\_ כל יום, \_\_\_ לעיתים קרובות, \_\_\_ לעיתים רחוקות, \_\_\_ אף פעם.

ו. אני משתמש/ת בשטיפות פה :

\_\_\_ כן, \_\_\_ לא אם כן, איזו \_\_\_\_\_.

ד. מתי ביקרת את השיננית, לצורך הסרת אבנית, בפעם האחרונה:

\_\_\_ ימים, \_\_\_ שבועות, \_\_\_ חודשים, \_\_\_ שנים.

( אם ביקורך האחרון אצל השיננית היה לפני יותר מחצי שנה יש לקבוע ולבצע הסרת אבנית לפני המפגש הבא עם הרופא/ה)

מתרפא נכבד!

אם ברצונך להעיר לגבי פרטים נוספים שיכולים להיות קשורים אנא רשום אותן כאן :

---

---

---

אנו מודים לך על שהקדשת מזמנך למילוי שאלון זה וננסה לעזור לך כמה שניתן

**בברכה,**

**צוות המרפאה**