

INQUÉRITO ODONTOLÓGICO

Data do último atendimento: _____/_____/_____. completo incompleto

Experiência negativa no tratamento odontológico ? Qual ? _____
_____.

HÁBITOS

- roer unhas respirar pela boca tomar chimarrão chupar bico/dedo
 morder caneta / lápis ranger os dentes dia / à noite
 outros

HIGIENE BUCAL (utiliza)

- fio / fita dental interdental escova macia / média / dura
 unitufo / bitufo palito creme dental: _____

FLÚOR: gel creme dental bochecho água
 fluoretada

DIETA

Ingere alimentos / bebidas entre as refeições ? não sim : _____

TECIDOS MOLES:

ASSUMO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS BEM COMO AUTORIZO O(S) PROFISSIONAL(IS) A REALIZAR(EM) TODOS OS PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS PARA O MEU TRATAMENTO.

(Cidade), _____, de _____, de 20_____.

Responsável pelo Inquérito: _____.

Nome do Paciente

Assinatura do Paciente/Responsável