

# PerioDrama

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Παραπέμπων Οδοντίατρος: \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο/E-mail οδοντιατρείου: \_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο Ασθενή: \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο Επικοινωνίας Ασθενή: \_\_\_\_\_

## Αιτία Παραπομπής (παρακαλώ σημειώστε):

- Βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό
- Γενικευμένη Περιοδοντική Νόσος ( $\geq 7$  δόντια)
- Εντοπισμένη Περιοδοντική Νόσος ( $< 7$  δόντια)
- Περιοδοντικό Απόστημα
- Υφίζηση Ούλων
- Αξιολόγηση νωδής περιοχής για τυχόν εμφυτευματική αποκατάσταση
- Άλλο (αναφέρετε): \_\_\_\_\_

Ποιά είναι η κύρια επιθυμία / παράπονο του ασθενή;

\_\_\_\_\_

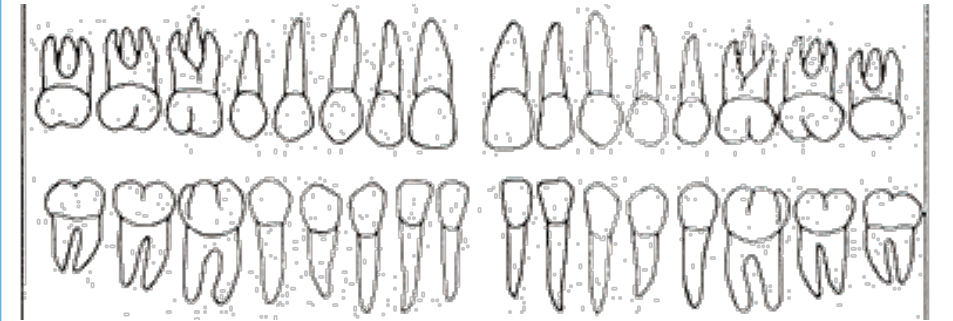
Υπάρχει σχέδιο προσθετικής αποκατάστασης και αν ναι τί είδους;

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(σημειώστε τα απωλεσθέντα δόντια καθώς και τα στηρίγματα τα οποία επιθυμείτε να χρησιμοποιήσετε)



Υπάρχει κάτι το οποίο παραλείψαμε αλλά θα θέλατε να λάβουμε υπόψιν;

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_