

PORADNA PRO ORTOGNÁTNÍ CHIRURGII

Ortodontické oddělení Stomatologická klinika, I.LF UK a VFN Praha, Kateřinská 32. Praha 2, 12000
 Přednosta prof.MUDr.Jiří Mazánek, DrSc Ordinační hodiny: pondělí 13:00-15:00; tel: 224964549

MOTIVAČNÍ DOTAZNÍK

Vyplněním tohoto dotazníku nám pomůžete lépe pochopit váš problém. Prosíme abyste byli co nejvíce konkrétní (zaškrtnali slova ~ více; méně; dopředu; dozadu; delší; kratší. . .)

Jméno: _____

Věk: _____ **Pohlaví:** Ž / M, **Vzdělání:** základní / středoškolské / vysokoškolské

Co je důvodem vaší návštěvy v poradně?

- | | | | |
|----------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|
| Úprava skusu | <input type="radio"/> | Problémy s čelistním kloubem | <input type="radio"/> |
| Bolesti v obličeji | <input type="radio"/> | Obstrukční spánková apnoe | <input type="radio"/> |
| Obličejová estetika | <input type="radio"/> | Korekce rozštěpu | <input type="radio"/> |
| Zlepšení výslovnosti | <input type="radio"/> | Jiné | <input type="radio"/> |

ZUBY- Jakou změnu byste uvítali na svých zubech, pokud by to šlo:

- | | | | | |
|---|-----------------------|---------------------|-----------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> vyrovnat přední zuby | <input type="radio"/> | <i>O horní</i> | <input type="radio"/> | <i>O dolní</i> |
| <input type="checkbox"/> vyrovnat zadní zuby | <input type="radio"/> | <i>O horní</i> | <input type="radio"/> | <i>O dolní</i> |
| <input type="checkbox"/> přední horní zuby | <input type="radio"/> | <i>O prodloužit</i> | <input type="radio"/> | <i>O zkrátit</i> |
| <input type="checkbox"/> posunout horní zuby | <input type="radio"/> | <i>O dopředu</i> | <input type="radio"/> | <i>O dozadu</i> |
| <input type="checkbox"/> posunout dolní zuby | <input type="radio"/> | <i>O dopředu</i> | <input type="radio"/> | <i>O dozadu</i> |
| <input type="checkbox"/> vyrovnat střed zubů | <input type="radio"/> | <i>O horních</i> | <input type="radio"/> | <i>O dolních</i> |
| | | <i>O doleva</i> | <input type="radio"/> | <i>O doprava</i> |

jiné

OBLIČEJ - Jakou změnu byste uvítali na svém obličeji:

- | | | | | |
|---|-----------------------|-------------------|-----------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> posunout bradu | <input type="radio"/> | <i>O dopředu</i> | <input type="radio"/> | <i>O dozadu</i> |
| <input type="checkbox"/> posunout bradu | <input type="radio"/> | <i>O doleva</i> | <input type="radio"/> | <i>O doprava</i> |
| <input type="checkbox"/> posunout dolní ret | <input type="radio"/> | <i>O dopředu</i> | <input type="radio"/> | <i>O dozadu</i> |
| <input type="checkbox"/> posunout horní ret | <input type="radio"/> | <i>O dopředu</i> | <input type="radio"/> | <i>O dozadu</i> |
| <input type="checkbox"/> nos | <input type="radio"/> | <i>O rozšířit</i> | <input type="radio"/> | <i>O zúžit</i> |
| <input type="checkbox"/> lícní kosti | <input type="radio"/> | <i>O zmenšit</i> | <input type="radio"/> | <i>O zvětšit</i> |
| <input type="checkbox"/> odhalit zuby/ dásně při úsměvu | <input type="radio"/> | <i>O více</i> | <input type="radio"/> | <i>O méně</i> |
| <input type="checkbox"/> dát rty k sobě při skousnutí | <input type="radio"/> | <i>O více</i> | <input type="radio"/> | <i>O méně</i> |
| <input type="checkbox"/> udělat obličej více | <input type="radio"/> | <i>O úzký</i> | <input type="radio"/> | <i>O široký</i> |
| <input type="checkbox"/> dolní čelist posunout | <input type="radio"/> | <i>O dopředu</i> | <input type="radio"/> | <i>O dozadu</i> |

žádnou

jiné

SYMPTOMY - Pokud chcete zmenšit bolesti nebo nepříjemné pocity, potřebujeme vědět kde jsou lokalizovány.

Prosíme buďte konkrétní a označte lokalizaci; vpravo vlevo nebo oboustranně

- | | | | | |
|---|-----------------------|---|-----------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> O před, O pod, O nad | <input type="radio"/> | <i>O vlevo</i> | <input type="radio"/> | <i>O vpravo</i> |
| <input type="checkbox"/> v krku | <input type="radio"/> | <i>O vlevo</i> | <input type="radio"/> | <i>O vpravo</i> |
| <input type="checkbox"/> v ramennou | <input type="radio"/> | <i>O vlevo</i> | <input type="radio"/> | <i>O vpravo</i> |
| <input type="checkbox"/> ve spáncích | <input type="radio"/> | <i>O vlevo</i> | <input type="radio"/> | <i>O vpravo</i> |
| <input type="checkbox"/> v zubech: lokalizace | <input type="radio"/> | <i>O h. čelist</i> | <input type="radio"/> | <i>O d. čelist</i> |
| | | <i>O vlevo</i> | <input type="radio"/> | <i>O vpravo</i> |
| | | typ bolesti <i>O trvalý</i> <i>O přerušovaný</i> (prosím napište kdy _____) | | |
| <input type="checkbox"/> v dutinách | | | | |
| <input type="checkbox"/> v očích | | | | |
| <input type="checkbox"/> jiné | | | | |