

PATSIENDI HINDAMINE

Kuupäev: _____

Lapsevanema/patsiendi peamised probleemid: _____

Patsiendi nimi: _____

Sünnikuupäev: _____ Vanus: _____

Suunas: _____

Varasemad ortodontilised soovitud: _____

Hindas: _____

HAMMASTE JOONDUS	KAARE KUJU		OKLUSIOON	NÄOKOLJU ARENG
	Ülemine	Alumine		
<input type="checkbox"/> Hea hammaste joondus <input type="checkbox"/> Hammaste kuhjumine ülalõuas <input type="checkbox"/> Hammaste kuhjumine alalõuas <input type="checkbox"/> Keskjoon õige <input type="checkbox"/> Keskjoone kõrvalekalle	<input type="checkbox"/> Normaalne <input type="checkbox"/> Kitsas <input type="checkbox"/> Lame	<input type="checkbox"/> Normaalne <input type="checkbox"/> Kitsas <input type="checkbox"/> Lame	<input type="checkbox"/> Õige hambumus <input type="checkbox"/> Sügavhambumus <input type="checkbox"/> Sagitaalne lahi <input type="checkbox"/> Lahihambumus <input type="checkbox"/> Risthambumus <ul style="list-style-type: none"> o Anterioorne o Posterioorne 	<input type="checkbox"/> Hea näokolju areng <input type="checkbox"/> Defitsiit näo keskosas <input type="checkbox"/> Defitsiit näo alaosas <input type="checkbox"/> Liigne vertikaalne kasv
Märkused.	Märkused.		Märkused.	Märkused.

HINGAMINE JA KEHAHOIAK	KEEL	NEELAMINE	HUULED JA PÕSED
<input type="checkbox"/> Kerge nina kaudu hingamine <input type="checkbox"/> Raske nina kaudu hingamine <input type="checkbox"/> Suukaudu hingamine <ul style="list-style-type: none"> o Ärkveloleku ajal o Magades o Norskamine o Bruksism o Suurenenud mandlid o Unisus päevasel ajal <input type="checkbox"/> Hea kehahoiak <input type="checkbox"/> Kehv kehahoiak <ul style="list-style-type: none"> o Pea kallutatud liiga ette o Õlad ettepoole 	<input type="checkbox"/> Keele õige puhkeasend <input type="checkbox"/> Keele vale puhkeasend <ul style="list-style-type: none"> o Keele madal asend o Toetub hammastele või hammaste vahele Keelekida kinnitumine: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> piisav liikumisulatus <input type="checkbox"/> pikk kinnitus 	<input type="checkbox"/> Õige neelamine <input type="checkbox"/> Vale neelamine <ul style="list-style-type: none"> o Keelepress o Lõuatsilihase aktiivsus o Põselihase aktiivsus 	<input type="checkbox"/> Huulte õige puhkeasend <input type="checkbox"/> Huulte vale puhkeasend <ul style="list-style-type: none"> o Puhkeasendis pole huuled koos o Orofatsiaalsed lihased on pingul, kui puhkeasendis on huuled koos o Huuled pole suletud o Alahuul ülahammaste taga
Vajalik suunamine kõrva-nina-kurguarsti juurde (jah/ei)	Märkused.	Märkused.	Märkused.

HARJUMUSED	Alalõualiigese häired	V	P	RAVI MÄRKUSED
<input type="checkbox"/> Harjumuste ajalugu puudub <input type="checkbox"/> Pöidla/sõrmede imemine	<input type="checkbox"/> Oimulihas <input type="checkbox"/> Mälurlihas			_____ _____

<input type="checkbox"/> Lutt <input type="checkbox"/> Pudel <input type="checkbox"/> Muu: _____	<input type="checkbox"/> Külgmine tiiblihas			_____
	<input type="checkbox"/> Peapöörjalihased			_____
	<input type="checkbox"/> Trapetslihas			_____
	<input type="checkbox"/> <i>Trigonum cervicale posterius</i>			_____
	<input type="checkbox"/> Alalõualiigese valu			_____
	<input type="checkbox"/> Alalõualiigese naksumine			_____
Kestus:	Vajalik suunamine alalõualiigese spetsialisti juurde (jah/ei)	Ravi hind: _____ / _____ / _____		