

Дата: \_\_\_\_\_

Жалобы родителей /пациента: \_\_\_\_\_

ФИО пациента: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_

Кем направлен: \_\_\_\_\_

предыдущие рекомендации ортодонта: \_\_\_\_\_

Врач: \_\_\_\_\_

Положение зубов	Форма зубной дуги		Прикус	Лицевое развитие
	верхняя	нижняя		
<input type="checkbox"/> Правильное расположение зубов <input type="checkbox"/> Скученность на верхней челюсти <input type="checkbox"/> Скученность на нижней челюсти <input type="checkbox"/> Правильная срединная линия <input type="checkbox"/> Смещение срединной линии	<input type="checkbox"/> нормальная <input type="checkbox"/> узкая <input type="checkbox"/> широкий	<input type="checkbox"/> нормальная <input type="checkbox"/> узкая <input type="checkbox"/> широкий	<input type="checkbox"/> правильное соотношение зубов <input type="checkbox"/> глубокий прикус <input type="checkbox"/> обратное перекрытие <input type="checkbox"/> открытый прикус <input type="checkbox"/> перекрестный прикус <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> фронтальный</li> <li><input type="checkbox"/> дистальный</li> </ul>	<input type="checkbox"/> правильное развитие лица <input type="checkbox"/> укорочение средней трети <input type="checkbox"/> укорочение нижней трети <input type="checkbox"/> избыточная высота лица
Заметки:	Заметки:		Заметки:	Заметки:

Дыхание и осанка	Язык	Глотание	Губы и щеки
<input type="checkbox"/> свободное носовое дыхание <input type="checkbox"/> затрудненное носовое дыхание <input type="checkbox"/> ротовое дыхание <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> днем</li> <li><input type="checkbox"/> во время сна</li> <li><input type="checkbox"/> храп</li> <li><input type="checkbox"/> бруксизм</li> <li><input type="checkbox"/> увеличение миндалин</li> <li><input type="checkbox"/> дневная сонливость</li> </ul> <input type="checkbox"/> правильная осанка <input type="checkbox"/> неправильная осанка <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> переднее положение головы</li> <li><input type="checkbox"/> переднее положение плеч</li> </ul>	<input type="checkbox"/> правильное положение языка в состоянии покоя <input type="checkbox"/> неправильное положение языка в состоянии покоя <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> низкое расположение языка</li> <li><input type="checkbox"/> положение на- или между зубами</li> </ul> прикрепление уздечки языка: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> свободное движение языка</li> <li><input type="checkbox"/> Короткая уздечка</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Правильное глотание <input type="checkbox"/> Неправильное глотание <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Выталкивание языка</li> <li><input type="checkbox"/> Активность подбородка</li> <li><input type="checkbox"/> Активность щечных мышц</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Правильное положение губ в покое <input type="checkbox"/> Неправильное положение губ в покое <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Apart at rest</li> <li><input type="checkbox"/> Orofacial muscle strain at rest when lips are together</li> <li><input type="checkbox"/> Incompetent lips</li> </ul>
Заметки:	Заметки:	Заметки:	Заметки:

Вредные привычки	Нарушение функции ВНЧС			Лечение
		Л	П	
<input type="checkbox"/> Нет вредных привычек <input type="checkbox"/> Сосание пальцев <input type="checkbox"/> Применение пустышки <input type="checkbox"/> Кормление из бутылочки <input type="checkbox"/> другое: _____	<input type="checkbox"/> Височная мышца			_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
	<input type="checkbox"/> Жевательная мышца			
	<input type="checkbox"/> Лат.крыловидная мышца			
	<input type="checkbox"/> ГКС мышца			
	<input type="checkbox"/> Трапецивидная мышца			
	<input type="checkbox"/> Задние шейные мышцы			
	<input type="checkbox"/> Боль в ВНЧС			
	<input type="checkbox"/> Щелчки в ВНЧС			
длительность:	Консультация по поводу ВНЧС (да/нет)			Стоимость лечения: _____ / _____ / _____