Karta pacienta
Síla skusu

Zubní lékaři

Věk: _____ let Pohlaví: M ☐ Ž ☐

Maximální naměřená síla skusu: _____ N

Maximální naměřená síla skusu: _____ N

Chrup pacienta

	Bez bezzubosti	Částečná bezzubost	Přední	Zadní	Úplná bezzubost bez implantátů	Úplná bezzubost s implantáty	Počet implantátů
Horní	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ___ impl.
Dolní	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ___ impl.

Klasifikace okluze: Třída 1 ☐ Třída 2 ☐ Třída 3 ☐

Bruxismus ☐ TMK ☐

Ortodoncie ☐ Okluzní dlahy ☐

Doplňující informace (jsou-li k dispozici)

	Nikdy 1	2	3	4	Často 5
Selhání zubů / opravy	☐	☐	☐	☐	☐
Migrény / bolesti hlavy	☐	☐	☐	☐	☐
TMK, bolest obličeje, zubů...	☐	☐	☐	☐	☐

Poznámky: _____

_____

_____