

## Анкета миофункционального пациента

Ответьте пожалуйста на вопросы анкеты и принесите с собой бланк на встречу (если консультирование онлайн - перешлите заполненную анкету).

Институт, курс, № группы \_\_\_\_\_

Фамилия, Имя \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Дата заполнения анкеты \_\_\_\_\_

**I. ЗУБЫ:** поставьте  галочку напротив верного утверждения

1. Носите ли Вы в настоящее время брекеты? ☐ НЕТ ☐ ДА
2. Если Ваш ответ ДА, то как долго и когда предположительно закончится срок коррекции?

3. Если Ваш ответ НЕТ, то носили ли Вы их ранее? ☐ НЕТ ☐ ДА (как долго?)


4. Собираетесь ли Вы в ближайшее время устанавливать брекеты? ☐ НЕТ ☐ ДА (когда?)

5. Носите ли Вы или когда-то носили что-либо из нижеперечисленных устройств?
- ☐ нёбный расширитель ☐ ретейнер ☐ шина ☐ эластопозиционер ☐ эластик
- ☐ устройство для отучения сосания пальца ☐ другое

6. Кратко в свободной форме опишите состояние своих зубов до ношения брекетов

7. Если Вы носили или носите брекеты, испытывает или испытывал Ваш лечащий врач трудности в коррекции? Постарайтесь описать проблему.


8. Пришлось ли Вам носить брекеты дважды? ☐ НЕТ ☐ ДА

**II. ЕДА и ПИТЬЕ:** выберите ниже те характеристики, которые наиболее подходят Вам по описанию. Поставьте  галочку напротив верного утверждения

1. Когда я ем:

- ☐ Беру большие куски пищи ☐ Беру маленькие куски пищи ☐ Беру средние куски
2. ☐ Ем быстро ☐ Ем медленно ☐ Ем в среднем темпе
3. ☐ Жую с открытым ртом ☐ Жую с закрытым ртом
4. ☐ Испытываю трудности с глотанием сухой пищи без жидкости
5. ☐ Запиваю еду после каждого откусывания пищи, чтобы ее проглотить
6. Испытывали ли Вы трудности с проглатыванием таблеток в настоящее время или в прошлом? ☐ НЕТ ☐ ДА
7. Испытывала ли Ваша мама трудности с кормлением Вас грудью? Имела ли место соска, бутылочка? ☐ НЕТ ☐ НЕ ЗНАЮ ☐ ДА (до какого возраста?)

- 
8. Наблюдается ли у Вас расстройство желудка после еды?  
☐ НЕТ ☐ ДА (если ДА, то прокомментируйте)
- 

**III. ДЫХАНИЕ:** выберите те утверждения, которые Вам больше всего подходят.  
Поставьте  галочку напротив верного утверждения

1. ☐ Губы сомкнуты, когда я бодрствую ☐ Губы не сомкнуты во время бодрствования
2. ☐ Губы сомкнуты во сне ☐ Губы не сомкнуты во сне
3. ☐ Дышать носом мне удобно ☐ Дышать носом мне неудобно
4. ☐ Я испытываю трудности со смыканием губ
5. ☐ Мне трудно пропускать воздух через нос
6. ☐ У меня частые простуды
7. ☐ У меня респираторная аллергия
8. ☐ У меня астма
9. Вы часто сморкаетесь? ☐ НЕТ ☐ ДА
10. У Вас бывают частые тонзиллиты? ☐ НЕТ ☐ ДА
11. Миндалины ☐ НЕТ ☐ ДА (если удаляли, то в каком возрасте?)
- 
12. Аденоиды ☐ НЕТ ☐ ДА (если удаляли, то в каком возрасте?)
- 
13. Вы храпите по ночам ☐ НЕТ ☐ ДА (как давно?)
- 
14. Есть ли у Вас апноэ (остановки дыхания во сне) ☐ ДА ☐ НЕТ ☐ НЕ ЗНАЮ
15. Есть ли другие сложности с дыханием (указать что)
- 
16. Вы курите? ☐ НЕТ ☐ ДА

**IV. РЕЧЬ:** поставьте ☒ галочку напротив верного утверждения

1. Какие речевые особенности Вы за собой замечаете? (дикционные дефекты, сложности с дыханием или с голосом – кратко опишите)

---

---

---

2. Вы занимались у логопеда ☐ НЕТ ☐ ДА (сколько? прокомментируйте)

---

---

**V. ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ:** поставьте ☒ галочку напротив верного утверждения

1. Есть ли у Вас в настоящее время привычка сосать большой палец ☐ НЕТ ☐ ДА

2. В прошлом были ли эпизоды сосания ☐ НЕТ ☐ ДА (в каком возрасте и как долго?)

---

3. Есть привычка сосать или грызть:

- ☐ язык
- ☐ карандаши или авторучки
- ☐ различные предметы (твёрдые или мягкие)
- ☐ внутреннюю поверхность щёк
- ☐ ногти
- ☐ кутикулу
- ☐ верхнюю губу
- ☐ нижнюю губу

4. СОН:

- ☐ Сплю на одном боку
- ☐ Подпираю щеки ладонью во сне

5. Поза за столом:

- ☐ Подпираю нижнюю челюсть ладонью или кулаком
- ☐ Подкладываю одну ногу под себя
- ☐ Сажу «Нога на ногу»

**VI. БОЛЬ В ЧЕЛЮСТИ И ЛИЦЕ:** чувствовали ли Вы что-либо из нижеследующего?

Поставьте  галочку напротив верного утверждения

1. ☐ Щелчок или хруст во время открывания рта
2. ☐ Скрежет в районе височно-нижнечелюстного сустава
3. ☐ Боль при открывании челюсти
4. ☐ Ограничение при открывании челюсти
5. ☐ Невозможность широко открыть рот
6. ☐ Болезненность при соприкосновении с мышцами челюсти
7. ☐ Быструю утомляемость мышц челюсти
8. ☐ Головокружение
9. ☐ Снижение слуха
10. ☐ Звон или резкие звуки в ушах
11. ☐ Частые головные боли
12. ☐ Боль или дискомфорт в челюсти при жевании или глотании
13. ☐ Скрежет зубами ☐ во сне ☐ в период бодрствования
14. ☐ Стискивание зубов, когда не разговариваете и не едите
15. ☐ Во время покоя (когда я не разговариваю и не ем) моя челюсть выступает  
☐ вперед ☐ назад ☐ вправо ☐ влево

Как Вы думаете, что является причиной Вашей боли?


---

Что усугубляет Вашу боль и дискомфорт?

---

Что заставляет чувствовать себя лучше?

---

**VII ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ:** Поставьте  галочку напротив верного утверждения

1. ☐ Вы профессионально занимаетесь каким-либо видом спорта
2. ☐ В прошлом профессионально занимался спортом
3. ☐ Я катаюсь на велосипеде
4. ☐ Я катаюсь на самокате, беговелу
5. ☐ Прыгаю на батуте
6. ☐ Ничем не занимаюсь
7. ☐ Периодически занимаюсь

**VIII. ЗАБОЛЕВАНИЯ, ТРАВМЫ ИЛИ ОПЕРАЦИИ:** Поставьте  галочку напротив

*верного утверждения*

А. Были ли у Вас травмы? ☐ НЕТ ☐ ДА (в каком возрасте и какие?)

Б. Были ли у Вас операции? ☐ НЕТ ☐ ДА (в каком возрасте и какие?)

В. Состоите ли Вы на учете у узких специалистов? ☐ НЕТ ☐ ДА (у каких?)

**СПАСИБО!!!**