



الجمهورية العربية السورية

جامعة دمشق

كلية طب الأسنان

قسم مداواة الأسنان

استمارة المريض

الرمز:

معلومات عامة:

الاسم:

العمر بالسنوات:

الجنس: O ذكر ، O أنثى

العمل:

العنوان:

رقم الهاتف:

أمراض عامة:

هل أنت مدخن؟

تاريخ بدء التبييض:

الدرجة اللونية للأسنان قبل التبييض وجود أجهزة تقويمية

هل تتناول أدوية معينة بشكل دائم ما هي؟

هل خضعت لأي علاج لبي لأسنانك الأمامية؟

هل تشكو من الحساسية السنية؟

هل توجد نخور أو ترميمات على السطوح الدهليزية للأسنان السنتة الأمامية العلوية؟

هل تشكو من مشاكل و نزوف لثوية؟

هل استخدمت أي من منتجات تبييض الأسنان قبل هذه المرة متى كان ذلك؟

وجود حمل أو أوضاع:

هل لديك حساسية تجاه منتجات البلاستيك أو البيروكسيد كارباميد؟

أنا الموقع أدناه قد اطلعت على عنوان و هدف و إجراءات الدراسة التي تقوم بها الباحثة الدكتورة ايناس كريم، و قد قامت بشرح كامل مراحل العمل لي بوضوح، و عليه أوافق – و أنا بكامل أهليتي – على الانضمام إليها و الالتزام بما هو مطلوب مني.

اسم المريض و توقيعه :

