

## Informação pessoal

Nome: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Apelido: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_  
Masculino  Feminino



- |  | S                        | N                        |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sente dor de cabeça, sensibilidade ou rigidez no pescoço?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sente tensão ou dor na mandíbula ou nos músculos de mastigação?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sente dor nos dentes ou no pescoço?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tem os dentes desgastados?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Range os dentes durante a noite?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. O seu companheiro(a) queixa-se de o ouvir ranger os dentes?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Tem os dentes, obturações, coroas, pontes ou implantes danificados? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. É necessário fazer reconstrução dentária num futuro próximo?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Se respondeu “SIM” a uma ou mais destas questões, avalie com o seu dentista a necessidade de um diagnóstico preventivo e possível teste relativo ao bruxismo com o Grindcare.**

## CARIMBO DA CLÍNICA



## GrindCare

- porque bons dias começam com boas noites