

## پرسشنامه تخفیف ایمپلنت

بیمار گرامی

شما می توانید با خواندن متن زیر به سوالات مربوط به ایمپلنت پاسخ دهید. بدیهی است پاسخ های شما می تواند به تشخیص بهتر و ارائه طرح درمان دقیق تر کمک فراوانی نماید

نام

نام خانوادگی

سن  ۱۶-۲۰  ۲۱-۳۰  ۳۱-۴۵  ۴۶-۶۰  ۶۱ سال به بالا

شماره تلفن

آیا ایمپلنت اقساط می خواهید؟  بله  خیر

آیا قبلا ایمپلنت گذاشته اید؟  بله  خیر

آیا سیگار می کشید؟  بله  خیر

کدام فک شما نیاز به ایمپلنت دارد؟  فک بالا  فک پایین  هر دو فک

به چه تعداد ایمپلنت نیاز دارید؟  ۱  ۲-۳  ۴-۶  ۷-۹  ۱۰ و بیشتر

آیا از جراحی می ترسید؟  بله  خیر