

SCHEDA DI REGISTRAZIONE E ANAMNESI

Il presente questionario ci permetterà di lavorare meglio assieme. Vi preghiamo quindi di compilarlo attentamente in ogni sua parte. Se non riuscite a rispondere ad alcune domande, Vi preghiamo di chiarirlo personalmente durante il colloquio con il dottore.
Grazie

Paziente Sig./ra

Indirizzo :

Abitazione : via C.A.P.
 città tel.
Lavoro : via C.A.P.
 città tel.

Eventuale nr. tel. cellulare/.....

Indirizzo di posta elettronica@.....

Data e luogo di nascita

Responsabile economico (solo per minorenni)

Presentato o inviato da

Medico di famiglia

Codice Fiscale

Professione

Giorni ed ore esclusi per appuntamenti.....
.....

ANAMNESI (barrare le voci interessate e completarle se necessario)

1. Siete in buona salute generale? Si No

2. Siete in cura medica o lo siete stata/o negli ultimi due anni per una delle seguenti ragioni?

- ☐ Emorragie
- ☐ Disturbi nervosi o psichici, epilessia
- ☐ Attacchi convulsivi
- ☐ Emicranie,ronzii,vertigini
- ☐ Sinusiti, raffreddori, difficile respirazione nasale
- ☐ Asma
- ☐ Artrosi cervicale
- ☐ Artrite reumatoide
- ☐ Febbre reumatica
- ☐ Allergie agli antibiotici, anestetici locali o altri farmaci
-
- ☐ Epatiti virali (A, B, C)
- ☐ Malattie cardiache
- ☐ Ipertensione o ipotensione
- ☐ Diabete
- ☐ Malattie alla tiroide
- ☐ Malattie renali
- ☐ Malattie epatiche
- ☐ Malattie polmonari
- ☐ Malattie gastrointestinali (ulcera gastrica , colite)
- ☐ Malattie infettive
- ☐ Avete subito interventi chirurgici ? (se si specificare quali)
-

PROBLEMI ATTUALI

- ☐ Dolore diurno e spontaneo
- ☐ Dolore alla masticazione
- ☐ Dolore notturno
- ☐ Dolore al caldo e al freddo
- ☐ Dolore al dolce e all'acido
- ☐ Gonfiore
- ☐ Denti vacillanti
- ☐ Gengive sanguinanti
- ☐ Fistole orali
- ☐ Denti da sostituire
- ☐ Motivi estetici
- ☐ Alito pesante
- ☐ Denti storti
- ☐ Residui di cibo tra i denti

- ☐ Colorazione anormale dei denti
- ☐ Dolori alle articolazioni mandibolari o alla faccia vicino alle orecchie
- ☐ Altri disturbi (specificare quali)
- ☐

IMPORTANTE PER DIAGNOSI E CURA

(barrare le voci interessate e poi chiarirle con il dottore)

- ☐ Data approssimativa dell'ultima visita odontoiatrica :
- ☐ Avete fatto negli ultimi due anni esami radiografici orali?
- ☐ Avete avuto reazioni alle anestesie locali?
- ☐ Eventuali episodi lipotimici (svenimenti) in corso di trattamento
- ☐ State facendo una cura con farmaci fluidificanti del sangue?
- ☐ Siete fumatore/fumatrice?
- ☐ Bevete molto the o caffè?
- ☐ Siete portatori di pace-maker?
- ☐ Avete o state facendo cure di cortisone?
- ☐ Siete in stato di gravidanza?
- ☐ Vi considerate particolarmente pauroso?
- ☐ Fate uso all'occorrenza di prodotti omeopatici?
- ☐ Avete qualche raccomandazione o segnalazione particolare da fare?
- ☐

La presente viene compilata sotto la propria responsabilità (dal parente o dal tutore in caso di minori).

Dati raccolti nel rispetto degli art. 13, 23 e 26 del Dlg. 30 06 2003, nr. 196, relativo alla tutela del trattamento dei dati personali.

Alla presente si allegano la informativa e il modulo di consenso.

Firma

Grazie per la collaborazione!