

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.

Merano,li

Firma

Grazie per la collaborazione!