



Via Cavour, 105 – 39012 Merano  
Tel. 0473/212421 Fax 0473/258539  
P.Iva/ Iscr.Camera di Commercio BZ/C.F. nr.01684320219  
Cap. Soc. € 10000,00 i.v.  
e-mail: info@epdent.it

## 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
- 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)
- .....

SIETE ALLERGICI A ( barrare e/o sottolineare le voci interessate e completarle se necessario):

- Farmaci ( es. antibiotici, anestetici locali, antiinfiammatori )
- Materiali odontoiatrici (resine dentali, amalgama, guttapercha )
- Metalli (oro, leghe nobili, leghe non nobili)
- Lattice (presente nei guanti e nella diga di gomma)

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!