

Informazioni per i gentili pazienti:

Questo modulo viene fatto compilare in occasione della prima visita e aggiornato ad ogni ripresa periodica delle cure. Si compone di tre parti: una prima parte per le notizie di segreteria, una seconda parte per l'anamnesi e una terza parte per il rispetto della legge sulla privacy. La preghiamo pertanto di volerlo compilare in ogni sua parte e di apporre tutte le firme richieste. La ringraziamo anticipatamente per la sua cortese collaborazione.

1° parte

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____ PROV. _____, ____/____/____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDIRIZZO: VIA _____ N° _____

CITTÀ _____ PROV. _____ CAP _____

TEL. ABITAZIONE _____ TEL. CELLULARE _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

INDIRIZZO DI POSTA CERTIFICATA _____

PROFESSIONE _____

DATA ____/____/____ FIRMA _____

Da compilare solo in caso di minori:

Dati di uno dei due genitori:

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA ____/____/____ PROV. _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDIRIZZO: VIA _____ N° _____

CITTÀ _____ PROV. _____ CAP _____

DATA ____/____/____ FIRMA GENITORE _____

2° parte

Contrassegnare con X la risposta esatta

- | | | |
|--|----|----|
| 1. È IN BUONA SALUTE? | SI | NO |
| 2. STA PRENDENDO MEDICINALI? | SI | NO |
| Se sì, quali? _____ | | |
| 3. HA SOFFERTO O SOFFRE DI QUALCUNA DELLE SEGUENTI MALATTIE? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> ALLERGIE (Se sì, quali?) _____ | SI | NO |
| ALLERGIA al LATTICE? | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> CARDIOPATIE (Se sì, quali?) _____ | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> DISTURBI DELLA PRESSIONE (<input type="checkbox"/> BASSA/ <input type="checkbox"/> ALTA) | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> MALATTIE DEL SANGUE (Se sì, quali?) _____ | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> SIEROPOSITIVITÀ ALL'AIDS | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> ASMA BRONCHIALE | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> GASTRO-ENTEROPATIE (Se sì, quali?) _____ | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> MALATTIE DEL FEGATO (Se sì, quali?) _____ | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> DIABETE (<input type="checkbox"/> TIPO1/ <input type="checkbox"/> TIPO2) | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> DISTURBI RENALI | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> SINDROMI NEUROLOGICHE (Se sì, quali?) _____ | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> MALATTIE DELLA PROSTATA | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> MALATTIE DELLA TIROIDE (<input type="checkbox"/> IPOTIROIDISMO/ <input type="checkbox"/> IPERTIROIDISMO) | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> MALATTIE DELL'OCCHIO (GLAUCOMA) | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> MALATTIE DELLE OSSA (OSTEOPOROSI) | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> È STATO SOTTOPOSTO A RADIOTERAPIA? (per tumori) | SI | NO |

- È PORTATORE DI PACE-MAKER? **SI NO**
- È PORTATORE DI LENTI A CONTATTO? **SI NO**
- STA PRENDENDO FARMACI PER L'OSTEOPOROSI? (bifosfonati) **SI NO**
- HA MAI AVUTO CONSEGUENZE IN SEGUITO ALL'UTILIZZO DI:
- ANESTETICI **SI NO**
 - ANTIBIOTICI **SI NO**
 - ALTRI FARMACI **SI NO**
- È IN STATO DI GRAVIDANZA? Se sì, DA QUANTI MESI? _____ **SI NO**
- FUMA? Se sì, QUANTE SIGARETTE AL GIORNO? _____ **SI NO**
- È PORTATORE DI PROTESI ACUSTICA? **SI NO**
- FA UTILIZZO DI STUPEFACENTI? **SI NO**
- HA FATTO/STA FACENDO CURE DI CORTISONICI? **SI NO**

QUANTO È PASSATO DALL'ULTIMA VISITA ODONTOIATRICA?

- 3 MESI
- 6 MESI
- 1 ANNO O PIÙ

QUANTE VOLTE AL GIORNO SPAZZOLA I DENTI?

- 3 O PIÙ VOLTE
- 2 VOLTE
- 1 VOLTA

- HA TIMORE DI RECARSÌ DAL DENTISTA? **SI NO**
- HA AVUTO QUALCHE SPIACEVOLE ESPERIENZA DAL DENTISTA? **SI NO**

SE SÌ, QUALE? _____

HA QUALCHE PARTICOLARE RACCOMANDAZIONE O

SEGNALAZIONE DA FARE? _____

SI NO

DATA ____ / ____ / ____

FIRMA _____

IO SOTTOSCRITTO _____, IN DATA _____, RICONFERMO LE
RISPOSTE DELLA SEGUENTE ANAMNESI COMPILATA IN DATA _____.

FIRMA _____ decisioni di adeguatezza, clausole contrattuali standard