



**DATI ANAGRAFICI** (scrivere in stampatello per favore)

Cognome e Nome _____	Cod.Fiscale _____	
Data di nascita _____	Luogo di nascita _____	
Indirizzo _____	CAP e Città _____	
Telefono abitaz. _____	Telefono cell. _____	Telefono uff. _____
EMAIL _____	Medico curante _____	
Professione _____	Consigliato da _____	
Desidera che le confermiamo i suoi appuntamenti tramite: <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Telefonata		

**DATI ANAMNESTICI** (scrivere in stampatello per favore)

Le risposte al presente questionario sono strettamente riservate e legate al vincolo del segreto professionale. Ogni risposta non sincera costituisce un rischio per il paziente, per il medico e per tutto il personale dello studio ed ostacola la miglior riuscita di ogni terapia.

Quale è il motivo per cui vuole essere visitato?

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Check up                             | <input type="checkbox"/> Denti molto sensibili | <input type="checkbox"/> Denti storti                               | <input type="checkbox"/> Problemi estetici         |
| <input type="checkbox"/> Mal di denti                         | <input type="checkbox"/> Denti mobili          | <input type="checkbox"/> Sostituire dei denti mancanti              | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |
| <input type="checkbox"/> Credo di avere qualche dente cariato | <input type="checkbox"/> Gengive sanguinanti   | <input type="checkbox"/> Problemi all'articolazione della mandibola | _____  |

Fuma? \_\_\_\_\_  si  no

Se si, quante sigarette al giorno? \_\_\_\_\_

**Ha avuto o ha:**

- |  |       |                             |                             |
|--|-------|-----------------------------|-----------------------------|
| Malattie infettive (epatite, AIDS, ecc...) | _____ | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Malattie di cuore                          | _____ | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Insufficienza polmonare                    | _____ | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Alterazione pressione arteriosa            | _____ | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Diabete                                    | _____ | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Allergie                                   | _____ | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

Se ha risposto si, indicare a cosa è allergico \_\_\_\_\_

Ha mai avuto problemi con le anestesie locali? \_\_\_\_\_  si  no

Malattie del sangue o emorragiche \_\_\_\_\_  si  no

Malattie gastro-intestinali (esofagite, gastrite, ulcere, colite spastica, ecc...)

Altre malattie gravi e/o interventi chirurgici \_\_\_\_\_  si  no

Se ha risposto si, indicare quali \_\_\_\_\_

Quali farmaci sta assumendo al momento? \_\_\_\_\_

**Se donna:**

Si trova in stato di gravidanza presunta o accertata? \_\_\_\_\_  si  no

E' in allattamento? \_\_\_\_\_  si  no

Soffre di osteoporosi? \_\_\_\_\_  si  no

Se ha risposto si, indicare quali farmaci assume per l'osteoporosi \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere a conoscenza dei possibili rischi derivanti dai trattamenti a cui sarò sottoposto e presto pertanto il mio consenso alla terapia.

Dichiaro di non avere allergie a farmaci anestetici o, quantomeno, di non esserne a conoscenza.

Presto pertanto il mio assenso all'uso dell'anestesia locale nel corso degli interventi e delle terapie odontoiatriche.

Il corrispettivo per l'opera del medico e per i materiali occorrenti può essere convenuto preventivamente mediante richiesta di un preventivo, in mancanza del quale, dichiaro di accettare le tariffe dello studio.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma del paziente o del legale rappresentante)