



Scheda di Registrazione

Cognome	Nome
Nato a	Il
Via	Città
Cellulare	Email
Pediatra	Fratelli e Sorelle <input type="text"/>

Chi dobbiamo ringraziare per averLe consigliato il nostro Studio:

Sport & Hobby

Data ultima visita medica Data ultima visita odontoiatrica

Anamnesi generale

Peso Altezza Nato a termine SI' NO

Oltre al pediatra è seguito da altri medici?

Il bambino/a sta assumendo farmaci? Quali?

Il bambino/a è mai stato ricoverato per cure o traumi in ospedale o casa di cura? Se si per cosa?

Ha allergie di qualsiasi tipo?

Soffre di qualche sindrome?



Soffre d'asma o broncospasmo?	<input type="radio"/> SI'	<input type="radio"/> NO
Soffre di diabete?	<input type="radio"/> SI'	<input type="radio"/> NO
Soffre di epilessia?	<input type="radio"/> SI'	<input type="radio"/> NO
Soffre di problemi intestinali?	<input type="radio"/> SI'	<input type="radio"/> NO
Ha eseguito le vaccinazioni obbligatorie?	<input type="radio"/> SI'	<input type="radio"/> NO
Russa?	<input type="radio"/> SI'	<input type="radio"/> NO
Digrigna i denti?	<input type="radio"/> SI'	<input type="radio"/> NO
Presenta difficoltà di linguaggio?	<input type="radio"/> SI'	<input type="radio"/> NO
Ha abitudini viziate?	<input type="radio"/> SI'	<input type="radio"/> NO
Ha mai avuto ulcere in bocca?	<input type="radio"/> SI'	<input type="radio"/> NO
Presenta problemi dentari?	<input type="radio"/> SI'	<input type="radio"/> NO

Firma del Genitore

.....

LIBERATORIA FOTOGRAFICA PER PAZIENTI MINORENNI

Io sottoscritto/a: , Nata il a

In qualità di tutore/tutrice legale del/della minorenni

Concedo l'autorizzazione affinché il minorenni di cui sopra venga ritratto in foto che verranno utilizzate esclusivamente per fini di carattere medico.

Oderzo, il

Firma del Genitore

.....

