



Scheda Personale Anamnesi

Vi preghiamo di rispondere alle seguenti domande nel modo più **completo** possibile per poter effettuare una diagnosi corretta delle Vs. condizioni. Questo questionario è sotto segreto professionale e i dati vengono raccolti nel rispetto degli articoli 11 e 23 legge 675/96.

| | | |
|---|---|---|
| Nome | Cognome | Professione <input type="text"/> |
| Nato/a a | Il | E-Mail |
| Residente | Città / Provincia | Tel / Cellulare |
| Lavoro <input type="text"/> | Città / Provincia Lavoro <input type="text"/> | Medico di Famiglia |
| Stato civile <input type="text"/> | Occupazione del Coniuge <input type="text"/> | Numero figli <input type="text"/> |

Chi dobbiamo ringraziare per averLe consigliato il nostro Studio:

Sport & Hobby

Data ultima visita medica ed odontoiatrica

Data ultimo esame radiografico dentale

Fumo quante? Alcolici quanti?

Motivo della visita odierna:

| | | | |
|---------------------------|--|--|------------------------------------|
| Si ritirano le gengive? | <input type="radio"/> SI' | | <input type="radio"/> NO |
| Sanguinano le gengive? | <input type="checkbox"/> Qualche volta | <input type="checkbox"/> Quando lavo i denti | <input type="checkbox"/> MAI |
| Avete i denti sensibili? | <input type="checkbox"/> FREDDO | <input type="checkbox"/> CALDO | <input type="checkbox"/> PRESSIONE |
| Avete mobilità dentale? | <input type="radio"/> SI' | | <input type="radio"/> NO |
| Serra o digrigna i denti? | <input type="radio"/> SI' | | <input type="radio"/> NO |
| Problemi di alitosi | <input type="radio"/> SI' | | <input type="radio"/> NO |

Si ricorda che verrà addebitato l'appuntamento disdetto senza un preavviso di almeno 48 ore.

Se potesse cambiare una cosa del suo sorriso cosa cambierebbe?

| | | |
|--|---------------------------|--------------------------|
| Ritiene i suoi disturbi gravi? | <input type="radio"/> SI' | <input type="radio"/> NO |
| Ha mai avuto episodi traumatici durante un intervento odontoiatrico? | <input type="radio"/> SI' | <input type="radio"/> NO |
| E' interessato allo sbiancamento dentale? | <input type="radio"/> SI' | <input type="radio"/> NO |

Quanti minuti dedica al giorno alla salute orale:

Ogni quanto cambia la testina dello spazzolino?

Assume farmaci, quali?

| | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Avete problemi di cuore? | <input type="radio"/> SI' | <input type="radio"/> NO | |
| Avete la pressione alta? | <input type="radio"/> SI' | <input type="radio"/> NO | |
| Avete problemi respiratori? | <input type="radio"/> SI' | <input type="radio"/> NO | |
| Avete mai avuto l'Epatite? | <input type="radio"/> OA | <input type="radio"/> OB | <input type="radio"/> OC |
| Sospettate di essere HIV+? | <input type="radio"/> SI' | <input type="radio"/> NO | |
| Avete malattie del sangue? (anemia ect) | <input type="radio"/> SI' | <input type="radio"/> NO | |
| Avete malattie del rene? | <input type="radio"/> SI' | <input type="radio"/> NO | |
| Avete malattie del sistema nervoso? | <input type="radio"/> SI' | <input type="radio"/> NO | |
| Avete il diabete? | <input type="radio"/> SI' | <input type="radio"/> NO | |
| Avete problemi di stomaco? | <input type="radio"/> SI' | <input type="radio"/> NO | |
| Siete allergico a qualcosa? <input type="radio"/> SI A cosa? | <input type="radio"/> NO | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Avete malattie della tiroide? | <input type="radio"/> SI' | <input type="radio"/> NO | |
| Avete problemi di coagulazione del sangue? | <input type="radio"/> SI' | <input type="radio"/> NO | |
| Patologia depressive in cura? | <input type="radio"/> SI' | <input type="radio"/> NO | |
| Malattie reumatiche? | <input type="radio"/> SI' | <input type="radio"/> NO | |
| Terapia radiante? | <input type="radio"/> SI' | <input type="radio"/> NO | |
| Siete in gravidanza? | <input type="radio"/> SI' | <input type="radio"/> NO | |
| Siete in fase di allattamento? | <input type="radio"/> SI' | <input type="radio"/> NO | |

Altre malattie? Quali?

Interventi chirurgici o ricoveri ospedalieri negli ultimi 2 anni? Quali?

Si ricorda che verrà addebitato l'appuntamento disdetto senza un preavviso di almeno 48 ore.

Oderzo, il

Firma