



Questionario Medico

La preghiamo gentilmente di compilare accuratamente il seguente questionario anamnestico. Tutti i dati saranno trattati con la massima riservatezza.

Cognome:	Nome:
Via:	CAP / Luogo di residenza:
Data di nascita:	Professione:
Telefono abitazione:	Telefono lavoro:
Fax:	
Telefono cellulare:	E-Mail: @
Eventuale rappresentante legale (nome, indirizzo):	
Desidera ricevere la corrispondenza (richiamo / fatture / preventivi) tramite email? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
Desidera ricevere un promemoria la vigilia del suo appuntamento : <input type="checkbox"/> sì, per email <input type="checkbox"/> sì, per SMS <input type="checkbox"/> no	

Raccomandato o inviato da: _____

Lei soffre attualmente di mal di denti o di altri problemi dentari?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Ha paura del dentista?	<input type="checkbox"/> sì, molto/ sempre <input type="checkbox"/> sì, moderatamente <input type="checkbox"/> no, mai
Ha mai avuto un episodio di svenimento o di collasso durante una visita dentistica?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
È attualmente in cura da un medico?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Se sì, per quale malattia? _____	
Medico curante (nome e luogo) _____	
È stato ospedalizzato negli ultimi due anni?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Se sì, per quale patologia o per quale intervento? _____	
Prende regolarmente dei medicinali?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Se sì, quali e in quale dosaggio? _____	
È attualmente in stato interessante? (se sì, al ____ mese)	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Lei fuma (Se sì, quante sigarette al giorno _____)?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

Soffre o ha sofferto in passato di una delle seguenti malattie?

Patologie cardiaco-circolatorie

Infarto cardiaco? (se sì, quando? _____)	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Angina pectoris, Cardiopatia ischemica	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Insufficienza cardiaca	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Aritmia cardiaca	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Protesi valvolare	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Pace maker	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Vizio cardiaco congenito o acquisito	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Altre patologie cardiache (se sì, quale _____)	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Pressione alta (ipertensione)	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

Si prega di compilare anche la seconda pagina di questo modulo

Patologie ossee

Soffre di osteoporosi sì no

Se sì, quali medicinali assume contro la osteoporosi? _____

Malattie ematiche

Tendenza a sanguinamenti o emorragie sì no

Emofilia o coagulopatia (Se sì, quale _____) sì no

Prende farmaci anticoagulanti (Se sì, quali _____) sì no

Ha mai avuto un'emorragia dopo un'estrazione dentaria ? sì no

Allergie:

Reagisce in modo allergico a certi medicinali o materiali ? sì no

Se sì, a quali ? _____

Soffre di asma o di febbre da fieno ? sì no

Malattie infettive:

HIV / AIDS sì no

Epatite (Ittero) A / B / C sì no

Se sì, quando l'epatite è stata accertata ? _____

Altre malattie

Diabete sì no

Se sì, deve somministrarsi l'insulina ? sì no

Epilessia, Convulsioni sì no

Tumori (cancro, leucemia) sì no

Se sì, quale, quando ? _____

Sì è mai sottoposto ad una terapia radiante sì no

Altre patologie non menzionate sopra sì no

Se sì, quali _____

La preghiamo gentilmente di comunicarci quanto prima eventuali cambiamenti del Suo stato di salute

Avvertiamo che la normale capacità di guida di autoveicoli può essere compromessa dopo un intervento dentistico. La guida di automobili è interdetta nelle 12 ore successive a qualsiasi procedura di sedazione cosciente o anestesia totale.

Data: _____ **Firma:** _____

Eventuale firma del rappresentante legale _____