

Anamnesi medica e dentale

Gentile paziente, le chiediamo cortesemente di rispondere alle seguenti domande. I dati personali che ci fornirà saranno trattati nel massimo rispetto delle norme vigenti e ci consentiranno di offrirle il servizio medico migliore e più conforme al suo stato di salute generale e dentale.

La ringraziamo per la collaborazione

Ha sofferto o soffre di una delle seguenti patologie?

Malattie del cuore SI NO Quale? _____

Malattie del sangue (difficoltà nella coagulazione, rischio tromboembolico, anemia . . .) SI NO Quale? _____

Ipertensione arteriosa SI NO

Osteoporosi SI NO Se sì, quali farmaci assume? _____

Sinusite SI NO

Malattie dell'apparato digerente SI NO Quale? _____

Malattie tratto respiratorio SI NO Quale? _____

Malattie del sistema nervoso (epilessia, cefalee, disturbi dell'umore..) SI NO Quale? _____

Diabete SI NO

Malattie della tiroide SI NO

Malattie infettive (HIV ,epatite A,B,C altro. . .) SI NO Quale? _____

Allergie SI NO Quali? _____

Ha avuto malattie gravi, ricoveri ospedalieri, negli ultimi 5 anni? SI NO Quali? _____

È stato sottoposto a trasfusioni? SI NO

È stato sottoposto a terapia radiante o chemioterapia? SI NO

È fumatore? SI NO Quante al giorno? _____

È in gravidanza? SI NO In che mese? _____

Sta assumendo farmaci? SI NO

Quali? _____ Dosaggi _____

Quali? _____ Dosaggi _____

Quali? _____ Dosaggi _____

Quali? _____ Dosaggi _____

Quali? _____ Dosaggi _____

Quali? _____ Dosaggi _____

Quali? _____ Dosaggi _____

Data _____ Firma leggibile _____

Anamnesi medica e dentale

Quando ha fatto l'ultima visita odontoiatrica? _____

Soffre di sensibilità ai denti? SI NO QUALCHE VOLTA

Ha notato le sue gengive sanguinare? SI NO QUALCHE VOLTA

Ha notato le sue gengive ritirarsi? SI NO QUALCHE VOLTA

Ha notato uno spostamento dei suoi denti? SI NO

Ha la sensazione di avere l'alito cattivo? SI NO QUALCHE VOLTA

Ha avuto complicanze nei precedenti interventi odontoiatrici (emorragie, sanguinamenti, infezioni)? SI NO

Quali? _____

Ha messo apparecchio ortodontico fisso e/o mobile? SI NO A che età? _____

E' interessato all'estetica dei suoi denti? SI NO

Sarebbe interessato ad un sistema per sbiancare i suoi denti? SI NO

Se potesse cambiare qualcosa del suo sorriso cosa cambierebbe? _____

Motivo della visita _____

Data _____ Firma leggibile _____