

Questionario Medico

La preghiamo gentilmente di compilare accuratamente il seguente questionario anamnestico.
Tutti i dati saranno trattati con la massima riservatezza secondo quanto previsto dalla Legge 675/96 (*legge privacy*)

Nome:	Cognome:
Via:	CAP / Luogo di residenza:
Data di nascita:	Professione:
Codice Fiscale:	
Telefono abitazione:	Telefono lavoro:
Fax:	
Telefono cellulare:	E-Mail: @
Eventuale rappresentante legale (nome, indirizzo):	

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 cardiache

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

Malattie circolatorie

Pressione alta (ipertensione) sì no
Pressione bassa (ipotensione) sì no

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 può essere compromessa dopo un intervento dentistico.

Data: _____ **Firma:** _____

Eventuale firma del rappresentante legale _____