



Le diamo un caloroso benvenuto nel nostro studio.

Siccome il Suo stato di salute può influenzare le cure dentarie, La preghiamo gentilmente di compilare questo formulario. I Suoi dati verranno trattati con massima riservatezza e saranno vincolati dal segreto professionale. In caso di domande siamo a Sua completa disposizione.

Paziente f m Email: _____

Cognome: _____ Tel. privato: _____

Nome: _____ Tel. mobile: _____

Indirizzo: _____ Tel. ufficio: _____

NPA, luogo: _____ Attività lavorativa: _____

Data di nascita: _____ Datore di lavoro: _____

Assicurazione

Cassa malati: _____ NPA, luogo: _____

Nr. assicurato: _____ Nr. AVS: 756. _____

Ha diritto a: Aiuti sociali Prestazioni complementari (AI/AVS)

Rappresentante legale

Genitore Altro:

Cognome, Nome: _____ Tel. privato: _____

Indirizzo: _____ Tel. mobile: _____

NPA, luogo: _____ Tel. ufficio: _____

Medico curante

Cognome, Nome: _____ NPA, luogo: _____

Dentista precedente

Cognome, Nome: _____ NPA, luogo: _____

Motivo della visita: _____

Su consiglio di: _____

Continua sul retro →

Questionario di salute

1. È stato/-a di recente ammalato/-a, sotto cure mediche o in ospedale? SÌ NO
Se sì, a causa di che malattie? _____
-
2. Prende regolarmente medicinali e/o stupefacenti? SÌ NO
Se sì, quali? _____
-
3. Fuma o fumava? SÌ NO
Se sì, cosa e quanto? _____
-
4. Soffre o ha già sofferto di uno dei seguenti disturbi? SÌ NO
- Allergie/ipersensibilità (sottolineare i corrispondenti e/o specificare):
Pollini – Latex – Metalli – Iodio – Alimenti – Anestetico – Medicamenti
Altro: _____
 - Disturbi cardiaci (sottolineare i corrispondenti e/o specificare):
Pressione alta – Pressione bassa – Angina pectoris – Infarto cardiaco – Ictus/colpo cerebrale –
Difetto cardiaco/valvola artificiale – Disturbi del ritmo cardiaco – Endocardite
Altro: _____
 - Malattie del sangue (sottolineare i corrispondenti e/o specificare):
Emofilia – Anemia – Altro: _____
 - Malattie del metabolismo (sottolineare i corrispondenti e/o specificare):
Diabete – Ipotiroidismo – Iperitiroidismo – Altro: _____
 - Malattie infettive (sottolineare i corrispondenti e/o specificare):
HIV – Epatite – Tubercolose – Altro: _____
 - Malattie al fegato o ai reni (specificare): _____
 - Malattie allo stomaco o all'intestino (specificare): _____
 - Malattie respiratorie o ai polmoni (specificare): _____
 - Malattie reumatiche o alle ossa (specificare): _____
 - Sinusite, dolori del viso o mal di testa cronici (specificare): _____
 - Epilessia o altri disturbi cerebrali (specificare): _____
 - Depressione o altri disturbi della psiche (specificare): _____
 - Altro (specificare): _____
-
5. Si è già sottoposto/-a a interventi chirurgici/operazioni? SÌ NO
Se sì, quali? _____
-
6. Si è già sottoposto/-a a sedute di chemioterapia o radioterapia? SÌ NO
Se sì, per quale motivo e quando? _____
-
7. Possiede pacemaker, protesi o altri impianti? SÌ NO
Se sì, dove? _____
-
8. È incinta? SÌ NO
Se sì, in che settimana? _____

Dichiarazione del paziente

Prendo atto che, in caso di necessari chiarimenti, i miei dati clinici possono essere scambiati con i miei medici curanti o con altre entità sottostanti al segreto professionale medico (come assicurazioni, ecc.). Acconsento a inoltrare i dati necessari per la fatturazione, la contabilità e il recupero crediti alle rispettive istituzioni. Sono d'accordo che, se necessario, mi venga somministrato un anestetico locale, tenendo conto dei possibili effetti collaterali (gonfiore, dolore o sanguinamento; raramente infezioni o irritazioni di lingua/mandibola, come intorpidimenti o formicolii). Prendo atto che un trattamento dentale sotto anestesia locale può aumentare il rischio di incidenti se si deve guidare per parecchie ore.

Luogo, data: _____

Firma: _____