



Questionario

Lo stato di salute può influenzare il trattamento dentale. La chiediamo di completare questo questionario. Le sue informazioni saranno mantenute strettamente confidenziali e soggette a riservatezza.

Dati personali: ☐ Signora ☐ Signor

Cognome	_____	e-mail	_____
Nome	_____	Nr. privato	_____
Indirizzo, Nr.	_____	Nr. lavoro/ufficio	_____
CAP, Luogo	_____	Nr. cellulare	_____
Data di nascita	_____	professione	_____
Cassa malati	_____	Nr. polizza	_____
nazionalità	_____	raccomandato da	_____
Vuoi ricevere preventivi e fatture via e-mail?		Sì ☐	No ☐

Sostegno supplemento:

☐ sussidio ☐ assistenza sociale ☐ nessun sostegno

Rapresentante legale	☐ Signora	☐ Signor	
Nome, Cognome	_____	Nr. privato	_____
Indirizzo, Nr.	_____	Nr. lavoro/ufficio	_____
CAP, Luogo	_____	Nr. cellulare	_____

☐ medico di famiglia	☐ dottore curante	☐ pediatra	
Nome, Cognome	_____	Nr. Telefono	_____
Indirizzo	_____	CAP, Luogo	_____

Domande sul suo stato di salute

- | | sì' | no |
|--|--|--------------------------|
| - si sente al momento sano? | ☐ | ☐ |
| - é stato negli ultimi tempi in cura medica? | ☐ | ☐ |
| - se sì', per quale malattia ? _____ | | |
| - ha avuto mai un operazione ? Se sì', di che tipo? _____ | ☐ | ☐ |
| - assume al momento farmaci? Se sì'? Quali ? _____ | ☐ | ☐ |
| _____ | | |
| _____ | | |
| - soffre o ha malattie al cuore? Se sì' : | ☐ | ☐ |
| ☐ pressione sanguigna alta/bassa | ☐ Angina pectoris | |
| ☐ Infarti | ☐ Ictus | |
| ☐ sostituzione valvola cardiaca | ☐ Endocardite | |
| ☐ ha qualche malattie infettive | ☐ emofilia | |
| ☐ anemia | | |
- ./.



CENTRELLA ZAHNÄRZTE

	sì'	no
- assume al momento un farmaco anticoagulante? Se sì ', quali?	☐	☐
- possiede un „Pass- anticoagulante“?	☐	☐
- soffre di malattia metabolica	☐	☐
☐ Tiroide		☐ Diabete
☐ altre: _____		
- Ha allergie? Possiede un „Pass-Allergico“?	☐	☐
☐ polline		☐ asma
☐ penicillina		☐ altre: _____
Reagisce in modo sensibile:		
☐ iniezioni		☐ farmaci
☐ colutorio		☐ cibo
- assume bisfosfonate? (ad esmpio osteoporosi)	☐	☐
- Ha una protesi – ossee, Pacemaker o altri impianti?	☐	☐
Se sì ', da quanto tempo ? _____		
- Ha avuto mai:	☐	☐
☐ Sinusite?		
☐ chemio terapia? Che tipo di tumore? _____		
☐ radioterapia? dove? _____		
☐ reumatismi?		
☐ disturbi ormonali?		
☐ tubercolosi?		
☐ malattie degli organi (polmoni, fegato, reni, ecc.)?		
☐ altre malattie non nominate? Se sì ', quali?		
- Si trova in stato gravidanza? In quale settimana ? _____	☐	☐
- Avuto mai un eptite (itterizia)?	☐	☐
Se sì ', quale tipo di eptite? A ☐ B ☐ C ☐		
- É positivo al HIV (AIDS)?	☐	☐
- É fumatore/fumatrice o ha mai fumato? Se sì ', quanto? ____	☐	☐
- Assume droge ?	☐	☐

Confermo di aver risposto a tutte le domande in modo veritiero e completo.

Data _____ Firma _____