CENTRELLA ZAHNÄRZTE

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/uffico_____
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 suplemento:
☐ sussidio ☐ assistenza sociale ☐ nessun sostegno

Rapresentante legale ☐ Signora ☐ Signor
Nome, Cognome_____ Nr. privato _____
Indirizzo, Nr. _____ Nr. lavoro/uffico_____
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 si‘, 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 sanguina alta/bassa ☐ Angina pectoris
☐ Infarti ☐ Ictus
☐ sostituzione valvola cardiaca ☐ Endocardite
☐ ha qulalche **malattie infettive** ☐ emofilia
☐ anemia

./.

	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		
☐ coluttorio ☐ 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 si‘, 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 _____