



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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - é stato negli ultimi tempi in cura medica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - se sì', per quale malattia? _____ | | |
| - ha avuto mai un operazione? Se sì', di che tipo? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - assume al momento farmaci? Se sì'? Quali? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| _____ | | |
| - soffre o ha malattie al cuore? Se sì' : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> pressione sanguigna alta/bassa <input type="checkbox"/> Angina pectoris | | |
| <input type="checkbox"/> Infarti <input type="checkbox"/> Ictus | | |
| <input type="checkbox"/> sostituzione valvola cardiaca <input type="checkbox"/> Endocardite | | |
| <input type="checkbox"/> ha qualche malattie infettive <input type="checkbox"/> emofilia | | |
| <input type="checkbox"/> anemia | | |



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

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

Data _____

Firma _____