

Modulo anamnesi

Il suo stato di salute puo influenzare il trattamento dentale. La preghiamo, di compilare il formulario. I suoi dati personali verranno depositati sotto segreto professionale.

Paziente	<input type="radio"/> Signora <input type="radio"/> Signor	Indirizzo e-mail	_____
Cognome	_____	Tel. privato	_____
Nome	_____	Tel. ufficio	_____
Strada, Nr.	_____	Cellulare nr.	_____
NPA, Luogo	_____	Cittadinanza	_____
Dato di nascita	_____	Professione	_____

Cassa malati	<input type="radio"/> Assicurazione malattia:	<input type="radio"/> Assistenza compl. dentale:	<input type="radio"/> Assicurazione infortuni:
Nr. _____	_____	_____	_____

Riceve un sussidio?	<input type="radio"/> Prestazioni complementare	<input type="radio"/> Assistenza sociale	<input type="radio"/> Nessun sussidio?
----------------------------	---	--	--

Rappresentante legale/contrattuale

	<input type="radio"/> Signora <input type="radio"/> Signor		
Cognome, Nome	_____	Tel. privato	_____
Strada, Nr.	_____	Tel. ufficio	_____
NPA, Luogo	_____	Cellulare nr.	_____

<input type="radio"/> Medico di famiglia	<input type="radio"/> Medico curante	<input type="radio"/> Pediatra	
	<input type="radio"/> Signora <input type="radio"/> Signor		
Cognome, Nome	_____	Tel. privato	_____
Strada, Nr.	_____	Tel. ufficio	_____
NPA, Luogo	_____		

Dentista curante

	<input type="radio"/> Signora <input type="radio"/> Signor		
Cognome, Nome	_____	Tel. privato	_____
Strada, Nr.	_____	Tel. ufficio	_____
NPA, Luogo	_____		

Motivo della vostra visita:

E stato un medico o un dentista a raccomandarla?	Cognome, Nome _____
	Strada, Nr. _____
	NPA, Luogo _____

Domande relative allo stato attuale di salute

01. È attualmente in cura medica o lo è stato/a negli ultimi tempi? In caso affermativo, per quali malattie ? _____	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
02. Ha mai avuto delle operazioni ? In caso affermativo, quali? _____	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
03. Ha o ha avuto un' epatite (itterizia, infiammazione epatica)?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
04. Prende attualmente dei farmaci con regolarità? In caso affermativo, quali? _____	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Prende attualmente bifosfonati? (per esempio per osteoporose)	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No

05. Soffre di malattie cardiache e vasco circolatorie? Se sì, prego di mettere una crocetta. Sì No
 Pressione alta/bassa Valori: Angina pectoris
 Infarto cardiaco Ictus
 Valvola artificiale Endocardite

06. È sieropositivo/a o affetto/a da AIDS? Sì No

07. Soffre di Emopatia (malattie del sangue)? Se sì, prego di mettere una crocetta. Sì No
 Emofilia Anemia
 Prende degli **anticoagulanti**? Sì No

08. Soffre di malattie metaboliche? Se sì, prego di mettere una crocetta. Sì No
 Malattie della tiroide Diabete
 O altre? _____

09. Ha allergie? Se sì, prego di mettere una crocetta. Sì No
 Raffreddore del fieno Asma O altre? _____
 Ha delle iperreazioni verso:
 Iniezioni? Determinati farmaci?
 Colluttori? Alimenti?

10. Ha mai avuto :
 Una sinusite mascellare? Chemioterapie? Motivazione? _____
 Reumatismi, gonfiori alle articolazioni? _____
 Disturbi di digestione? Radioterapie? Dove? _____
 Disturbi ormonali? Altre serie malattie? _____
 Tubercolosi? In caso di conferma, cosa? _____
 Malattie renali? _____

11. È attualmente **in stato di gravidanza**? Di quante settimane? _____ Sì No

12. Porta una **protesi ortopedica**, un **pace-maker** oppure altri **trapianti o impianti**? Sì No
 Quali? _____

13. Ha mai fumato? Sì No
 Cosa? _____ Quanto? _____

14. Soffre di **alitosi** (alito cattivo)? Sì No

15. Possiede una **protezione dentale** che porta regolarmente esercitando sport? Sì No
 Ha mai avuto delle **lesioni dentarie a seguito di un infortunio**? Sì No

Accenso esplicitamente che i miei dati personali o i reperti clinici, comprese le relative radiografie e fotografie, nonché copie o stampe delle stesse, siano sottoposti al mio medico curante o altre persone vincolate al segreto professionale (assicurazioni, ecc.) allo scopo di effettuare eventuali accertamenti o raccogliere le necessarie informazioni. Parimenti do il mio assenso che vengano trasmesse agli enti coinvolti le indicazioni richieste per la fatturazione, l'incasso e la contabilità.

Data:

Firma:

Accenso - qualora fosse necessario – che venga praticata un'anestesia locale. Sono a **conoscenza** del fatto che in casi eccezionali possono manifestarsi delle irritazioni alla mascella inferiore e sulla lingua (prolungata insensibilità, prurito), di regola non persistenti. Prendo atto che dopo interventi odonto-chirurgici eseguiti sotto anestesia locale sussiste per diverse ore un accresciuto rischio d'infortunio alla guida di un veicolo o esponendosi al traffico stradale.

Data:

Firma:

Accenso – che tutti miei dati raccolti, prove istologiche, denti estratti, sotto stretta fiduciosa osservanza in forma di anonimato per ricerche scientifiche e mediche possano essere utilizzati. I dati possano essere esaminati e controllati dalla autorità pubblica e della commissione etica cantonale. Rispettivamente il dentista curante e dottori saranno assolti dal segreto medico. E mio diritto in qualunque momento retrocedere, senza nessuna penalizzazione a mio discapito.

Data:

Firma: