



ZAHNARZT IM GLATT

BENVENUTI NEL NOSTRO STUDIO DENTISTICO

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Professione _____

Strada, N° _____ CAP, luogo _____

Telefono privato _____ Telefono ditta _____

Cellulare _____ Indirizzo E-Mail _____

Bambini: Cognome della madre/del padre _____

Presso quali canali hanno svegliato il vostro interesse? _____

Anamnesi generale medico

Certe malattie generali condizionano misure precauzionali per il trattamento dentistico. Per questo vi preghiamo di riempire le domande seguenti completamente e correttamente. Tutti i dati sottostanno al segreto professionale.

Per quali malattie siete stai oppure state ancora in cura?

	Si	No		Si	No
Malattia cardiovascolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Possedete un passaporto per l'allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto cardiaco, se si quando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ipersensibilità contro latex, metalli etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiostimolatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressione troppo alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tubercolosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressione troppo bassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malattie croniche delle vie respiratorie, tosse etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie del sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AIDS, HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Circolazione inclinazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soffrite di una malattia del sistema immunitario?		
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se si quali? _____		
Assunzione di anticoagulanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altre malattie: _____		
Svenimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prendete al momento medicinali _____		
Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fumate? Se si quanto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie gastro-intestinali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Siete oppure eravate tossicodipendente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie della tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Siete incinta? (quale mese _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Siete contenti del vostro sorriso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attacchi / spasmi epilettici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cosa vorrebbe cambiare ai vostri denti?		
Asma / febbre da fieno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> la posizione dei denti	<input type="checkbox"/> il colore dei denti	<input type="checkbox"/> la forma dei denti
Incompatibilità di farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Medico di famiglia: _____

La ringraziamo per vostri dati.

Con la mia firma mi dichiaro d'accordo che i dati di fatturazione, l'incasso e la contabilità ricevono i dati necessari dal dentista delle persone responsabili e le istituzioni responsabili.

Data _____ Firma _____