

DATI ANAGRAFICI

Cognome e Nome.....

Data e luogo di nascita.....

Indirizzo.....C.A.P.....Comune.....Prov...

Indirizzo di posta elettronica.....

Codice Fiscale.....

Professione.....

Tel. Casa.....Tel.Ufficio.....Cellulare.....

Medico curante.....Tel.....

Disponibilità di giorni e orari.....

Fondo rimborso spese odontoiatriche.....



SCHEDA ANAMNESTICA PER INTERVENTI ODONTOIATRICI IN ANESTESIA LOCALE

E' in buona salute attualmente? _____	SI	NO	
Ha avuto in passato malattie gravi o interventi chirurgici? _____	SI	NO	
Se sì, quali?.....			
Le è mai stato diagnosticato un tumore?	SI	NO	
È in grado di camminare a passo sostenuto?	SI	NO	
Sta attualmente facendo cure mediche?	SI	NO	
Se sì, quali?.....			
Prende abitualmente medicinali?	SI	NO	
Se sì, quali?.....			
Assume anticoncezionali orali?	SI	NO	
E' in stato di gravidanza?	SI	NO	
Fuma?	SI	NO	
È mai svenuto dal dentista?	SI	NO	
Assume alcolici abitualmente?	SI	NO	
Ha mai avuto o ha (se in passato, specifichi quando):			
Malattie di cuore	SI	NO	Quali?.....
Pressione alta	SI	NO	
Pressione bassa	SI	NO	
Allergie	SI	NO	Quali?.....
Asma, sinusite	SI	NO	
Problemi in corso di anestesia	SI	NO	
Se sì, quali?.....			
Diabete	SI	NO	
Epatiti virali	SI	NO	Quali?.....
Malattie renali	SI	NO	
Malattie della tiroide	SI	NO	
Malattie dello stomaco	SI	NO	
Malattie del tubo digerente	SI	NO	
Malattie della pelle	SI	NO	
Epilessia	SI	NO	
Malattie polmonari	SI	NO	
Malattie veneree	SI	NO	
Malattie nervose o depressive o psichiche	SI	NO	
Malattie del sangue, emorragie, anemia	SI	NO	
Mononucleosi infettiva	SI	NO	
Altre malattie non precedentemente elencate	SI	NO	
Se sì, quali?.....			

Dichiaro di essere stato informato sui trattamenti a cui sarò sottoposto e di essere consapevole dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare ed essere connessi a tali trattamenti, nonostante le tecniche siano sicure, ampiamente sperimentate e largamente praticate nella professione odontoiatrica; tali pratiche tuttavia, come accade per tutte le discipline mediche, non sono esenti da un certo margine di rischio anche se attuate con perizia, prudenza e diligenza.

Presto pertanto il mio consenso alla terapia che mi è stata spiegata e illustrata.

Il corrispettivo per l'opera del medico e per i materiali occorrenti potrà essere convenuto previamente mediante richiesta di un preventivo, valido per tre mesi, in mancanza del quale, dichiaro di accettare le tariffe dello studio.

COGNOME e NOME _____

DATA.....FIRMA DELL'INTERESSATO/A.....

