



Dott.ssa

Michela Melchiorre

Odontoiatra

Per pazienti minorenni

Cognome e Nome del Minorenne.....

Luogo e data di nascita.....

IndirizzoC.A.P.....Comune.....Prov.....

Codice Fiscale..... Tel. Casa.....

Cognome e Nome Mamma.....Tel Mamma.....

Cognome e Nome Papà.....Tel.papà.....

e-mail.....

Dati Tutore se diverso da entrambi i genitori.....Tel.Tutore.....

Pediatra Curante.....Tel.....

INTESTATARIO DEI DOCUMENTI E DELLE FATTURE se diverso dal paziente minorenne

Cognome e Nome.....

Codice fiscale.....

Luogo e data di nascita.....e-mail.....

Indirizzo (se diverso).....C.A.P.....Comune.....Prov.....

1. Qual è il suo stato di salute generale?
2. Ha subito interventi o ricoveri ospedalieri nella sua vita?..... Quando
3. Per quale motivo?.....
4. Deve assumere regolarmente dei farmaci?.....Perchè?.....
5. Quali farmaci?.....
6. Soffre di allergie a farmaci o ad altre sostanze?.....Quali?.....
7. Ha mai sofferto di epilessia?.....Di emorragie?.....
8. È mai svenuto?.....Ha già avuto il menarca/lo spermarca?.....Quando?.....
9. Il motivo di questa visita è il controllo periodico della sua bocca?
10. Ha attualmente un problema specifico?Se sì, quale?.....
11. La sua ultima visita odontoiatrica risale a mai, è la prima volta
sei mesi fa un anno fa più di un anno fa
12. Il suo ultimo esame radiografico dentale è stato effettuato mai,
sei mesi fa un anno fa più di un anno fa
13. Tale esame radiografico era parziale totale

14. Ha mai subito traumi alla faccia o ai denti?.....Quando?.....
 15. Fa sport o altre attività extra-scolastica?quali?.....
 16. Le sanguinano le gengive quando spazzola i denti?.....
 17. Ha mai notato alito pesante? Ha mai notato cattivo gusto in bocca?.....
 18. Ha mai fatto una visita con l'osteopata?.....Con il logopedista?.....
 19. Ha cambiato dei denti?.....Quali?.....
 20. Ha mai notato cambiamento di colore nelle gengive?.....
 21. Ha mai notato tumefazioni o ulcerazioni all'interno della bocca?.....
 22. Ha mai avuto gravi mal di denti?.....
 23. I suoi denti sono sensibili?..... A che cosa?
caldo freddo dolce acido
 24. Qualcuno si è mai accorto che digrigna i denti durante il sonno?.....e che russa?.....
 25. Ha qualche vizio (ciuccio, biberon, succhiare il dito o la penna, mordersi il labbro, mangiare le unghie, ecc.) concernente la bocca?.....Quale?.....
 26. Ha mai sofferto di incubi notturni?.....Di enuresi?.....
 27. Ha mai avuto problemi con tonsille e adenoidi?Usa fare lavaggi nasali?.....
 28. Ha portato o porta apparecchi ortodontici?.....Da che età?..... Per quanto tempo?.....
 29. Ha mai dolore all'orecchio o intorno ad esso?..... Soffre o ha sofferto di otite?.....
 30. Aprendo e chiudendo la bocca, sente un "click"?
 31. Ha mai avuto difficoltà nell'aprire la bocca?.....
 32. Può spostare la mandibola in tutte le direzioni?
 33. È soggetto spesso all'herpes labialis (febbre al labbro)?.....
 34. Dopo le cure dentistiche?
 35. Spazzola regolarmente i suoi denti?Quando?.....A scuola?.....
36. Usa uno spazzolino elettrico manuale Di nylon di setola naturale
duro medio morbido
 37. Che cosa prende a colazione?.....
 38. Che cosa prende a merenda?.....
 39. Mangia o beve regolarmente questi cibi e bevande?
coca cola, aranciata, ecc. vegetali frutta
carne, pesce frullati latte e prodotti caseari uova
dolci caramelle chewing gum miele cioccolata
 40. Si considera particolarmente pauroso?
 41. Ha avuto qualche esperienza dal dentista che l'ha spaventata?.....
Quando?Descriva.....
 42. Qualche suo parente o amico è già stato curato in questo studio? Chi ?
- Genova, il..... Firma del Paziente.....
- Firma del Tutore.....