

Anamnesi medica generale

DATI ANAGRAFICI

cognome _____ nome _____
 stato civile _____ codice fiscale _____
 luogo e data di nascita _____
 residente a _____ provincia _____ CAP _____
 indirizzo _____
 tel. abitazione _____ professione _____
 tel. ufficio _____
 tel. cellulare _____ medico di base _____
 e-mail _____ inviato da _____

ANAMNESI

Vi preghiamo di compilare il più correttamente possibile questa cartella che rimarrà ad uso esclusivo dello Studio

- Si No SERRA I DENTI, DIGRIGNA O BRUXA?
 Si No HA SUBITO INTERVENTI ESTETICI?
 Si No Quali? _____
 Si No Quando? _____
 Si No Con quali prodotti? _____
 Si No In che parti del corpo? _____
 Si No SOFFRE SPESSO DI MAL DI TESTA, DOLORI AL COLLO O ALLE SPALLE?
 Si No HA RUMORI ALLE ARTICOLAZIONI TEMPORO-MANDIBOLARI?
 Si No QUANDO SI SVEGLIA, SENTE I DENTI O LE MASCELLE STANCHE?
 Si No HA AUMENTO DELLA SENSIBILITÀ DEI DENTI?
 Si No HA O HA MAI AVUTO DOLORI ALL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE?
 Si No SOFFRE DI NEVRALGIA DEL TRIGEMINO?
 Si No SOFFRE DI SINUSITI?
 Si No E FUMATORE?
 Si No SOFFRE DI FEBBRE REUMATICA?

Data _____

Firma _____

Anamnesi medica generale

segue ANAMNESI

Vi preghiamo di compilare il più correttamente possibile questa cartella che rimarrà ad uso esclusivo dello Studio

- Si No SOFFRE DI VERTIGINI?
- Si No SOFFRE DI MAL DI SCHIENA?
- Si No SOFFRE DI ARTROSI?
- Si No HA L'OSTEOPOROSI?
- Si No E DIABETICO?
- Si No HA SUBITO INTERVENTI IN ANESTESIA GENERALE?
QUALI? _____

- Si No HA SUBITO TRASFUSIONI?
- Si No HA SUBITO TRAUMI IMPORTANTI?
QUALI? _____

- Si No E IN GRAVIDANZA?
- Si No HA AVUTO MALATTIE GRAVI NEGLI ULTIMI TRE ANNI?
QUALI? _____

- Si No HA AVUTO MALATTIE TUMORALI?
QUALI? _____

- Si No SOFFRE DI MALATTIE DELLA TIROIDE?
- Si No HA MALATTIE RENALI?
- Si No SOFFRE DI MALATTIE OCULARI?
- Si No SOFFRE DI MALATTIE CARDIOVASCOLARI?
- Si No soffre di problemi di pressione?
- Si No alta?
- Si No bassa?
- Si No gambe gonfie?
- Si No flebiti?
- Si No aritmie?

Data _____

Firma _____

Anamnesi medica generale

segue ANAMNESI

Vi preghiamo di compilare il più correttamente possibile questa cartella che rimarrà ad uso esclusivo dello Studio

- Si No è portatore di stimolatore cardiaco?
- Si No prolasso della mitrale?
- Si No ha subito interventi cardiaci o vascolari?
- Si No dolori anginosi?
- Si No infarti?
- Si No altro? _____
- Si No SOFFRE DI MALATTIE TRATTO DIGERENTE?
- Si No ulcera gastrica?
- Si No colite?
- Si No malattie del fegato?
- Si No problemi di digestione?
- Si No intolleranze alimentari?
- Si No altro? _____
- Si No SOFFRE DI MALATTIE DEL SANGUE?
- Si No anemie?
- Si No coagulopatie?
- Si No altre malattie? _____
- Si No HA AVUTO MALATTIE INFETTIVE (ESCLUSE QUELLE INFANTILI)?
- Si No epatite A?
- Si No epatite B?
- Si No epatite C?
- Si No HIV
- Si No altro? _____
- Si No SOFFRE DI MALATTIE NEUROLOGICHE? QUALI?
- Si No SOFFRE DI MALATTIE DEL TRATTO RESPIRATORIO?
- Si No asma?
- Si No bronchite cronica?
- Si No altro? _____
- Si No STA ASSUMENDO FARMACI?

Data _____

Firma _____

Anamnesi medica generale

segue ANAMNESI

Vi preghiamo di compilare il più correttamente possibile questa cartella che rimarrà ad uso esclusivo dello Studio

- Si No anticoagulanti?
- Si No farmaci per il cuore o la pressione?
- Si No cortisonici?
- Si No insulina?
- Si No antidiabetici orali?
- Si No farmaci per l'osteoporosi (anche in passato)?
- Si No tranquillanti?
- Si No anticoncezionali?
- Si No altri farmaci non elencati? _____
- Si No E ALLERGICO A QUALCHE FARMACO O SOSTANZA?
- Si No agli antibiotici?
- Si No agli antinfiammatori?
- Si No agli anestetici locali?
- Si No ai pollini?
- Si No a qualche metallo?
- Si No ad altro non elencato? _____
- Si No SOFFRE DI STATI D'ANSIA?
- Si No per terapie odontoiatriche?
- Si No per altro? _____
- Si No SOFFRE DI CRISI DEPRESSIVE?
- Si No HA AVUTO PROBLEMI DURANTE PRECEDENTI TERAPIE ODONTOIATRICHE?
QUALI? _____
- Si No ALTRO DI CUI VUOLE PARLARE PERSONALMENTE CON IL MEDICO?

Data _____

Firma _____