VALDENT s.a.s.

SCHEDA DI REGISTRAZIONE ED ANAMNESI

ANAMNESI
Revisione 3 del 09/01/2020

Acquisizione DATI ANAGRAFICI – indicare tutte le caselle, grazie

Data ☐☐☐☐ 2 0 ☐ *Paziente COGNOME e NOME* .....

NATO/A IL ☐☐☐☐☐☐☐☐ *(LUOGO DI NASCITA)* ..... *Prov.* .....

RESIDENTE IN VIA ..... *N.* ..... *CAP.* ..... *CITTA'*..... *Prov.* .....

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *indicare se più di un nome di nascita*

TEL.- CELL. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *INDIRIZZO MAIL* .....

(Per ricevere le conferme di appuntamenti, richiami, avvisi via sms/mail)

LUOGO di LAVORO per reperibilità..... *Città* ..... *Tel.* .....

PRESENTATO da ..... *e-mail :*.....

Giorni ed orari preferiti per appuntamenti.....

ANAMNESI MEDICA – *barrare SOLO LE CASELLE interessate*

	ALLERGIA ANESTETICO		DIABETE		ICTUS CEREBRALE		NEFROPATIA
	ALLERGIA ANTIBIOTICI		DISFUNZIONI ORMONALI		INFARTO MIOCARDICO		NEOPLASIE
	ALLERGIA FARMACI		DISTURBI COAGULAZIONE		INSUFFICIENZA CARDIACA		ORTICARIA
	ALLERGIE di qualunque tipo		DISTURBI NERVOSI con USO FARMACI		INSUFFICIENZA EPATICA		OSTEOPOROSI
	ANEMIA		DIVERTICOLOSI DEL COLON		INSUFFICIENZA RENALE		PARODONTOPATIA
	ANGINA PECTORIS		DOLORI ALLA FACCIA		INTERVENTO AL CUORE		PATOLOGIA RENALE
	ANSIA NON CONTROLLATA		EMICRANIE, RONZII, VERTIGINI		IPERTENSIONE ARTERIOSA		POLIPO VESCICALE
	ARITMIE		EMOFILIA		IPERTIROIDISMO		PORTATORE PACEMAKER
	ASMA BRONCHIALE		EMORAGGIE		IPOTENSIONE ARTERIOSA		RADIOTERAPIA
	ATOPIA		ENCEFALOPATIA CRONICA		IPOTIROIDISMO		SIFILIDE
	ATTACCHI CONVULSI		ENFISEMA POLMONARE		MALATTIA SENI NASALI		SINDROME DI DOWN
	ATTACCHI di PANICO con FARMACI		EPATITE (A, B, C)		MALATTIE CARDIACHE		SINUSITI-RAFFREDDORI
	BRONCOPNEUMOPATIE		EPILESSIA		MALATTIE CONGENITE CARDIACHE		SOFFI CARDIACI
	CARDIOPATIA		ERNIA JATALE		MALATTIE EMATOLOGICHE		TERAPIA ORALE ANTICOAGULANTE
	CELIACHIA		ESOFAGITE DA REFLUSSO		MALATTIE INFETTIVE di qualunque tipo		TRAPIANTO DI ORGANI
	CIRROSI EPATICA		FEBBRE REUMATICA		MALATTIE RESPIRATORIE		TUBERCOLOSI
	COAGULOPATIA		FIBRILLAZIONE ATRIALE		MALATTIE TIROIDE		TUMORI
	DEMENZA SENILE (ALZHEIMER)		GASTRITE		MIASTENIA		ULCERA GASTRO-DUODENALE
	DEPRESSIONE		HIV/AIDS		MORBO DI PARKINSON		VALVULOPATIA

ANAMNESI ODONTOIATRICA - *barrare SOLO LE CASELLE interessate*

	ALITO PESANTE		DENTI STORTI		DOLORE ALLA MASTICAZIONE		GONFIORE
	ALTRI DISTURBI DA SEGNALARE		DENTI VACILLANTI		DOLORE DIURNO SPONTANEO		MOTIVI ESTETICI
	COLORAZIONI ANOMALE DEI DENTI		DOLORE AL CALDO E AL FREDDO		DOLORE NOTTURNO		RESIDUI CIBO TRA DENTI
	DENTI DA SOSTITUIRE		DOLORE AL DOLCE E ALL'ACIDO		GENGIVE SANGUINANTI		ESTETICA INSODDISFACENTE

ANAMNESI DIAGNOSI E CURA - *barrare SOLO LE CASELLE interessate*

	Sono in CURA con FARMACI FLUIDIFICANTI-ANTICOAGULANTI		Ho eseguito MOLTI ESAMI RADIOGRAFICI nell'ultimo periodo		Ho RACCOMANDAZIONI da fare o SEGNALAZIONI al medico		Sono in TERAPIE CHEMIOTERAPICHE
	Sono in CURA con CORTISONICI		Sono PARTICOLARMENTE PAUROSO		Ho avuto SPIACEVOLI ESPERIENZE DAL DENTISTA		Sono in TERAPIE RADIANTI ANTITUMORALI
	Uso FARMACI ANTIFECONDATIVI (per le donne)		Sono PORTATORE PROTESI ACUSTICA		Sono in STATO GRAVIDANZA (per le donne)		Ho eseguito TRATTAMENTI ESTETICI FACCIALI RECENTI
	Sono FUMATORE		Sono PREVENUTO VERSO gli ESAMI RADIOGRAFICI		La mia ULTIMA VISITA dal DENTISTA è superiore ai 6 mesi		Il mio ULTIMO ESAME RX ODONTOIATRICO è superiore a 6 mesi
TERAPIE FARMACOLOGICHE in CORSO (indicare i nomi dei FARMACI ASSUNTI):							Bevo TE` e CAFFE` a dosi elevate

Completare anche il retro del foglio, con la firma, per il CONSENSO e la PRIVACY, grazie