

Signora Signor Titolo: _____ Stato civile: nubile/celibe coniugata/o divorziata/o vedova/o

Nome: _____ Data di nascita: _____

Via: _____ NPA, domicilio: _____

E-mail: _____ Tel. priv.: _____

Professione: _____ Datore di lavoro: _____ Tel. uff.: _____

Genitori / rappr. legale: _____ Cell: _____

Cassa malattia/Assicurazione (Indirizzo): _____

Medico di famiglia, medico curante (Indirizzo, telefono): _____

Dentista di famiglia; precedente dentista: _____

Viene sostenuta/o dall'assistenza, dal servizio sociale, dall'assicurazione sociale o da un ente d'assistenza? Sì No

Vuoi un promemoria per SMS? Sì No

Come sei venuto a conoscenza del nostro studio dentistico? _____

Do il mio consenso alla presa visione della documentazione clinica del mio precedente dentista e alla trasmissione alle persone e istituzioni da voi incaricate dei dati necessari per l'emissione della fattura, il relativo incasso e la contabilità.

Tutti i suoi dati e indicazioni sono assoggettati al segreto medico

Contrassegnare con una crocetta quanto fa al caso	Sì	No	Ha avuto o ha:	Sì	No
Attualmente è in cura da un medico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	difficoltà con sanguinamenti prolungati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nel corso degli ultimi anni è stata/o in ospedale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	disturbi cardiaci o della circolazione (pressione sanguigna alta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assume regolarmente dei medicinali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	malattie del sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, quali? _____			diabete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai avuto una reazione insolita a iniezioni o medicinali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	asma, raffreddore da fieno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lei fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	osteoporosi, altre malattie ossee?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			allergie (p. es. penicillina, iodio)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			itterizia, AIDS, positiva/o all'HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			consumato delle droghe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			attacchi epilettici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			altre malattie gravi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			un'artroplastica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			è attualmente in stato di gravidanza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			esiste un rischio particolare di trattamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data: _____			(p. es. ha un bypass; prima del trattamento deve assumere degli antibiotici prescritti dal medico?)		