

Nome Cognome

SI' NO

- Come avete saputo del nostro studio?.....
- Siete ora in cura da un medico (non dentista) o lo siete stato nei 5 anni passati?
- se sì, per quale motivo?
- Avete mai avuto una malattia seria? Cosa?
- State prendendo qualche medicina? Quale?
- Vi sono state fatte radiografie o esami del sangue negli ultimi 12 mesi?
- se sì, per quale motivo?
- Avete o avete mai avuto problemi di:
- Diabete (Glicemia)
- Pressione (alta, bassa, altro), Quanto di solito? (.....)
- Malattie reumatiche (febbre reumatica, reumatismo articolare acuto, altro)
- Cuore (soffio, problemi valvolari, infarto, altro)
- Sangue (anemie, emorragie, problemi di coagulazione, altro)
- Polmoni (asma, polmonite, bronchite cronica, altro)
- Milza
- Reni
- Fegato (calcoli, epatite, cirrosi, altro)
- Apparato digerente (ulcera, gastrite, altro)
- Sistema nervoso (epilessia, depressione, altro)
- Occhi (glaucoma, altro)
- Ossa e articolazioni (artrite, artrosi, osteoporosi, protesi, altro)
- Sinusite
- Tiroide
- Malattie infettive (tubercolosi, mononucleosi, epatite virale, AIDS, altro)
- Malattie veneree
- Avete mai avuto problemi con anestesie locali?

- Siete allergico a qualche anestetico, medicinale, cibo o altro?
- Prendete delle droghe oppure alcolici in grandi quantità?
- Siete mai svenuto?
- State seguendo qualche dieta?
- Dopo un taglio continuate a sanguinare a lungo?
- Le vostre ferite guariscono: normalmente velocemente lentamente
- Avete facilmente lividi o gonfiore?
- State aspettando un bambino? (per le signore).....
- Siete in menopausa? (per le signore)
- Siete fumatore/fumatrice? Se sì quante al giorno?
- Avete qualche dolore ai denti che aumenta con il caldo, il freddo e il dolce?
- Avete qualche dolore durante la chiusura della bocca o la masticazione?
- Il cibo si ferma tra qualche dente?
- Le gengive vi sanguinano durante la masticazione, durante lo spazzolamento o in qualche altra circostanza?
- Avete l'abitudine di mangiarvi le unghie o rosicchiare qualche altro oggetto duro?
- Digriunate i denti di giorno?
- Siete consci di digriunare i denti di notte?
- Vi è stato tolto qualche dente?
- Quand'è l'ultima volta che siete stati da un dentista?
- Quand'è l'ultima volta che avete fatto una seduta di pulizia dei denti (igiene professionale)?

data

firma

AGGIORNAMENTI

data

firma

data

firma

data

firma

data

firma

data

firma