

STUDIO DENTISTICO PANTALEO

Dr. Rocco Pantaleo
Dr. Michele Pantaleo

Data ____/____/____

Cognome		Cognome da sposata	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nome		Stato civile	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Indirizzo fiscale			
<input type="text"/>			
Città	Prov.	CAP	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Codice fiscale			
<input type="text"/>			
Professione		Tel. abitazione	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Compagnia Assicuratrice per copertura cure		Tel. ufficio	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Chi Le ha segnalato il nostro Studio?		Tel. cellulare	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Motivo della Sua visita		Indirizzo e-mail	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

ANAMNESI GENERALE

	SI	NO
Ha avuto ricoveri ospedalieri o malattie importanti negli ultimi 5 anni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, spiegare		
Ha sofferto o soffre di qualcuna delle seguenti malattie?		
• allergie (se sì, quali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• cardiopatie (se sì, quali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• disturbi della pressione (<input type="checkbox"/> alta <input type="checkbox"/> bassa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• malattie del sangue (se sì, quali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sieropositività all'AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• asma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• gastro-enteropatie (se sì, quali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• malattie del fegato (se sì, quali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• diabete <input type="checkbox"/> tipo I <input type="checkbox"/> tipo II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• disturbi renali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sindromi neurologiche (se sì, quali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• malattie della prostata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• malattie della tiroide (<input type="checkbox"/> ipotiroidismo <input type="checkbox"/> ipertiroidismo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• malattie dell'occhio (glaucoma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• malattie delle ossa (osteoporosi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È stato sottoposto a terapia radiante (per tumori)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di pace-maker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di lenti a contatto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | SI | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Sta prendendo medicinali (se sì, quali)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sta prendendo farmaci per l'osteoporosi (bifosfonati)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha mai avuto conseguenze in seguito all'utilizzo di anestetici, antibiotici
o altri farmaci? Quali? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| È in stato di gravidanza? Se sì, da quanti mesi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fuma? Se sì, quante sigarette al giorno? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Data _____ / _____ / _____

Firma del Paziente
