

Studio Odontoiatrico Dr.a E.S.Moll

Via A.Ponchielli, 21/b

50018 Scandicci

Tel/Fax 055/755347



La presente cartella è strettamente riservata e coperta da segreto professionale

nome e cognome:.....

nata/o:.....il.....sesso: m/f

indirizzo:.....città.....

nr.telefonici: privè.....ufficio.....cell.....

fax nr:.....email.....

COD.FISC:.....p.IVA:.....

assicurazione.....codice:.....

Anamnesi generale

1) motivo della visita.....inviato da.....

2) data ultima visita odontoiatrica.....

3) ho sofferto o soffro di:

allergia SI NO.....

malattie di cuore SI NO.....

malattie del sangue SI NO.....

alterazione pressione arteriosa SI NO.....

epatite virale od altre malattie del fegato SI NO.....

malattie reumatiche SI NO.....

cure a base di anticoagulanti SI NO.....

ulcera gastrica o duodenale SI NO.....

asma SI NO.....

diabete SI NO.....

epilessia SI NO.....

tubercolosi SI NO.....

disturbi tiroidei SI NO.....

disturbi renali SI NO.....

HIV pos- aids SI NO.....

- altre malattie **SI** **NO**.....
- 4) ha avuto terapia irradiante o chemioterapia **SI** **NO**.....
- 5) attualmente prende medicinali **SI** **NO**.....
- 6) assume psicofarmaci **SI** **NO**.....
- 7) fa uso di sostanze stupefacenti **SI** **NO**.....
- 8) è fumatore/trice **SI** **NO**.....
- 9) fa uso di alcolici **SI** **NO**.....abbastanza.....moderato
- 10) segue una dieta particolare **SI** **NO**.....
- 11) è facilmente soggetto ad infezioni **SI** **NO**.....
- 12) è in stato di gravidanza **SI** **NO**.....
- 13) sanguina in modo particolare quando si ferisce **SI** **NO**.....
- 14) presenta ematomi o si gonfia facilmente **SI** **NO**.....
- 15) come guarisce: lentamente().....normalmente().....rapidamente().....
- 16) ha avuto qualche conseguenza particolare nelle prime 24 ore
seguenti l'estrazione di un dente **SI** **NO**.....
- 17) ha avuto qualche conseguenza particolare in seguito
all'assunzione di antibiotici, anestetici od altri farmaci **SI** **NO**
- 18) è stata/o avvertita/o di non assumere qualche farmaco, anestetico
o medicina in particolare **SI** **NO**.....
- 19) alle domande sopraindicate manca qualcosa che il dentista od
igienista dovrebbe sapere riguardante la sua
salute?.....
- 20) nome + nr. Telefono medico curante.....

Firma.....dd.....

a cura del medico

Dr.a Elena Speranza Moll

N.b.:.....
.....
.....
.....