

Nome paziente.....nato il.....  
Indirizzo ..... Città:.....  
Tel.abitazione.....Tel.cellulare.....  
.Medico di famiglia DR.....Cod.Fiscale.....

- 1) Stato di salute generale.....
- 2) Disturbi psichici o nervosi (Neuropatie).....:
- 3) Malattie Gastro-Intestinali.....:
- 4) Eemicranie- ronzii-vertigini.....:
- 5) Sinusiti raffreddori (difficile respirazione nasale).....:
- 6) Asma o Malattie Respiratorie.....:
- 7) Artrosi cervicale.....:
- 8) Allergie di qualunque tipo.....:
- 9) Epatite virale.....:
- 10) Malattie del cuore.....
- 11) Pressione alta.....:**
- 12) Diabete (malattie endocrine).....:
- 13) Malattie infettive di qualsiasi tipo.....:
- 14) Artrosi o febbri reumatiche (malattie renali).....
- 15) Titolo sedimentazione alto.....:
- 16) Dolore alla masticazione.....:
- 17) Dolore al caldo e al freddo.....:
- 18) Dolore al dolce e all' acido.....:
- 19) Ha mai avuto problemi con l'anestesia.....:
- 20) Gonfiore.....:
- 21) Denti vacillanti.....:
- 22) Denti da sostituire.....:
- 23) Denti storti.....:
- 24) Gengive sanguinanti.....:
- 25) Motivi estetici.....:
- 26) Alitosi.....:
- 27) Colorazioni anomale.....:
- 28) Altro.....:
- 29) Ultima visita dentista: A< 6mesi B< 1 anno c< 1 anno.....
- 30) Ultimo esame RxO.P.T dentale A < 6 mesi B < 1 anno C< 1 anno..:
- 31) In cura con ANTICOAGULANTI (cumadin/aspirina).....:
- 32) Uso/abuso di tabacco e/o alcol.....:
- 33) Terapie farmacologiche in atto.....:
- 34) Portatore di pace-maker.....:
- 35) Portatore di protesi acustica.....:
- 36) IN RADIO o CHEMIOTERAPIA.....
- 37) In Cura con BIFOSFONATI (osteoporosi o tumori).....
- 38) Dermatopatie.....:
- 39) In stato di GRAVIDANZA (se SI a quale mese).....:
- 40) Uso prolungato antifecondativi.....:
- 41) Subiti trattamenti estetici facciali.....:
- 42) Soggetto particolarmente pauroso.....:
- 43) Precedenti ricoveri o interventi chirurgici.....