

## Anamnesi medica generale

## DATI ANAGRAFICI

cognome	<input type="text"/>	nome	<input type="text"/>
stato civile	<input type="text"/>	codice fiscale	<input type="text"/>
luogo e data di nascita	<input type="text"/>		
residente a	<input type="text"/>	provincia	<input type="text"/>
		CAP	<input type="text"/>
indirizzo	<input type="text"/>		
tel. abitazione	<input type="text"/>	professione	<input type="text"/>
tel. ufficio	<input type="text"/>		<input type="text"/>
tel. cellulare	<input type="text"/>	medico di base	<input type="text"/>
e-mail	<input type="text"/>	inviato da	<input type="text"/>

## ANAMNESI

Vi preghiamo di compilare il più correttamente possibile questa cartella che rimarrà ad uso esclusivo dello Studio

- Si  No SERRA I DENTI, DIGRIGNA O BRUXA?  
 Si  No HA SUBITO INTERVENTI ESTETICI?  
 Si  No Quali?   
 Si  No Quando?   
 Si  No Con quali prodotti?   
 Si  No In che parti del corpo?   
 Si  No SOFFRE SPESSO DI MAL DI TESTA, DOLORI AL COLLO O ALLE SPALLE?  
 Si  No HA RUMORI ALLE ARTICOLAZIONI TEMPORO-MANDIBOLARI?  
 Si  No QUANDO SI SVEGLIA, SENTE I DENTI O LE MASCELLE STANCHE?  
 Si  No HA AUMENTO DELLA SENSIBILITÀ DEI DENTI?  
 Si  No HA O HA MAI AVUTO DOLORI ALL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE?  
 Si  No SOFFRE DI NEVRALGIA DEL TRIGEMINO?  
 Si  No SOFFRE DI SINUSITI?  
 Si  No E FUMATORE?  
 Si  No SOFFRE DI FEBBRE REUMATICA?

Data

Firma

## Anamnesi medica generale

segue ANAMNESI

Vi preghiamo di compilare il più correttamente possibile questa cartella che rimarrà ad uso esclusivo dello Studio

- Si  No SOFFRE DI VERTIGINI?  
 Si  No SOFFRE DI MAL DI SCHIENA?  
 Si  No SOFFRE DI ARTROSI?  
 Si  No HA L'OSTEOPOROSI?  
 Si  No E DIABETICO?  
 Si  No HA SUBITO INTERVENTI IN ANESTESIA GENERALE?

QUALI?

- Si  No HA SUBITO TRASFUSIONI?  
 Si  No HA SUBITO TRAUMI IMPORTANTI?

QUALI?

- Si  No E IN GRAVIDANZA?  
 Si  No HA AVUTO MALATTIE GRAVI NEGLI ULTIMI TRE ANNI?

QUALI?

- Si  No HA AVUTO MALATTIE TUMORALI?

QUALI?

- Si  No SOFFRE DI MALATTIE DELLA TIROIDE?  
 Si  No HA MALATTIE RENALI?  
 Si  No SOFFRE DI MALATTIE OCULARI?  
 Si  No SOFFRE DI MALATTIE CARDIOVASCOLARI?  
 Si  No soffre di problemi di pressione?  
 Si  No alta?  
 Si  No bassa?  
 Si  No gambe gonfie?  
 Si  No flebiti?  
 Si  No aritmie?

Data

Firma

## Anamnesi medica generale

segue ANAMNESI

Vi preghiamo di compilare il più correttamente possibile questa cartella che rimarrà ad uso esclusivo dello Studio

Si  No è portatore di stimolatore cardiaco?

Si  No prolasso della mitrale?

Si  No ha subito interventi cardiaci o vascolari?

Si  No dolori anginosi?

Si  No infarti?

Si  No

altro?

Si  No SOFFRE DI MALATTIE TRATTO DIGERENTE?

Si  No ulcera gastrica?

Si  No colite?

Si  No malattie del fegato?

Si  No problemi di digestione?

Si  No intolleranze alimentari?

Si  No

altro?

Si  No SOFFRE DI MALATTIE DEL SANGUE?

Si  No anemie?

Si  No coagulopatie?

Si  No

altre malattie?

Si  No HA AVUTO MALATTIE INFETTIVE (ESCLUSE QUELLE INFANTILI)?

Si  No epatite A?

Si  No epatite B?

Si  No epatite C?

Si  No HIV

Si  No

altro?

Si  No SOFFRE DI MALATTIE NEUROLOGICHE? QUALI?

Si  No SOFFRE DI MALATTIE DEL TRATTO RESPIRATORIO?

Si  No asma?

Si  No bronchite cronica?

Si  No

altro?

Si  No STA ASSUMENDO FARMACI?

Data

Firma

Anamnesi medica generale

segue ANAMNESI

Vi preghiamo di compilare il più correttamente possibile questa cartella che rimarrà ad uso esclusivo dello Studio

- Si  No anticoagulanti?
- Si  No farmaci per il cuore o la pressione?
- Si  No cortisonici?
- Si  No insulina?
- Si  No antidiabetici orali?
- Si  No farmaci per l'osteoporosi (anche in passato)?
- Si  No tranquillanti?
- Si  No anticoncezionali?
- Si  No altri farmaci non elencati?
- Si  No E ALLERGICO A QUALCHE FARMACO O SOSTANZA?
- Si  No agli antibiotici?
- Si  No agli antinfiammatori?
- Si  No agli anestetici locali?
- Si  No ai pollini?
- Si  No a qualche metallo?
- Si  No ad altro non elencato?
- Si  No SOFFRE DI STATI D'ANSIA?
- Si  No per terapie odontoiatriche?
- Si  No per altro?
- Si  No SOFFRE DI CRISI DEPRESSIVE?
- Si  No HA AVUTO PROBLEMI DURANTE PRECEDENTI TERAPIE ODONTOIATRICHE? QUALI?
- Si  No ALTRO DI CUI VUOLE PARLARE PERSONALMENTE CON IL MEDICO?

Data

Firma