

STUDIO DENTISTICO DR. EMILIO CORVINO

Cognome _____ Nome _____ luogo di nascita _____
Data di Nascita _____ Residenza per Fatturazione: Città _____
provincia ____ Via _____ N° ____ Cap _____
Professione _____
C.F.: _____ Tel abitazione _____
Cellulare _____ Email: _____

Anamnesi generale

- 1) Quanto tempo è trascorso dal suo ultimo trattamento o controllo dentario? _____
- 2) Ha avuto ricoveri ospedalieri o malattie di una certa entità negli ultimi 2 o 3 anni? si no
Se sì per quali motivi.....
- 3) Ha sofferto o soffre di:
- a) Malattie cardiache si no
 - b) alterazioni alla pressione sanguigna si no
 - c) affezioni renali si no
 - d) affezioni reumatiche si no
 - e) malattie del sangue si no
 - f) malattie oculari si no
 - g) diabete si no
 - h) osteoporosi si no
 - i) ulcere gastriche o duodenali si no
 - i) asma o malattie allergiche si no
 - l) altre affezioni
se sì quali: _____ si no
- 4) Ha mai avuto qualche conseguenza particolare in seguito all'assunzione di anestetici, antibiotici o altri farmaci? _____ si no
- 5) E' mai stato avvertito di non prendere qualche farmaco o medicina in particolare? si no
- 6) Ha mai avuto una anestesia locale? si no
- Quali sono state le conseguenze? _____
- 7) Attualmente prende nessuna medicina (vitamine, ormoni o altro)?
Elenco farmaci:

- 8) Assume Bifosfonati o farmaci per osteoporosi? si no
- 9) Sanguina in modo anomalo quando si ferisce? si no
- 10) Presenta ematomi o si gonfia facilmente? si no
- 11) Guarisce? Rapidamente normalmente lentamente
- 12) E' stato mai sottoposto a terapia irradiante (radioterapia) ? si no
- 13) E' facilmente soggetto/a a infezioni? si no
- 13) E' o potrebbe essere in gravidanza? si no

- 14) Nelle ultime due settimane, ha avuto febbre con temperatura superiore a 37.5C? si no
- 15) Nelle ultime due settimane, ha avuto tosse o difficoltà respiratorie? si no
- 16) È stata sottoposta a tampone o test sierologico con risultato positivo per COVID-19? si no
- 17) È stata sottoposta a tampone o test sierologico con risultato positivo per COVID-19? si no
- 17) Nelle ultime due settimane ha avuto contatti con persone un caso probabile o accertato di infezione da coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19)? si no

Elencare tutti i farmaci assunti regolarmente:

1) Come ha conosciuto il nostro Studio?

- Conoscenza diretta _____
- Facebook _____
- Sito Internet _____
- Inviato da medico (indicare nome) _____
- Consigliato da Amico/parente (indicare nome) _____
- Convenzione _____

2) Ha dolore in qualche punto della bocca si no

Se si dove? _____

3) Ha sensibilità al freddo su qualche dente si no

Se si dove? _____

4) Riesce a Masticare bene? si no

Se no, cosa vorrebbe migliorare? _____

6) E' contento del suo sorriso? si no

Se no, cosa vorrebbe migliorare? (es forma e colore denti, aspetto gengive etc.)

Borgo san Lorenzo li __/__/____

Firma _____