



**STUDIO DENTISTICO DR. EMILIO CORVINO**  
**Borgo San Lorenzo (FI)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_  
Data di Nascita \_\_\_\_\_ Residenza per Fatturazione: Città \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_  
Tel. Abitazione \_\_\_\_\_ Tel Cellulare \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

**In caso di minore o soggetto sottoposto a tutela legale, inserire di seguito i dati di un genitore o del tutore**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_  
Data di Nascita \_\_\_\_\_ Residenza: Città \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_  
Tel. Abitazione \_\_\_\_\_ Tel Cellulare \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Ruolo \_\_\_\_\_

**Anamnesi Generale**

1) Quanto tempo è trascorso dal suo ultimo trattamento o controllo dentario? \_\_\_\_\_

2) Ha avuto malattie, ha subito interventi chirurgici o è stato ricoverato in ospedale negli ultimi 3 anni?  sì  no

Se sì, per quali motivi? \_\_\_\_\_

3) Ha sofferto o soffre di:

- a) Malattie cardiache  sì  no
  - b) Alterazioni della pressione sanguigna  sì  no
  - c) Malattie renali  sì  no
  - d) Malattie reumatiche  sì  no
  - e) Malattie del sangue  sì  no
  - f) Malattie oculari  sì  no
  - g) Diabete  sì  no
  - h) Osteoporosi  sì  no
  - i) Ulcere gastriche o duodenali  sì  no
  - i) Asma o malattie allergiche  sì  no
  - l) altre affezioni  sì  no
- Se sì, quali: \_\_\_\_\_  sì  no

4) Ha mai avuto qualche conseguenza particolare in seguito all'assunzione di anestetici, antibiotici o altri farmaci? \_\_\_\_\_  
se sì, con quali e quale reazione ha avuto?  sì  no

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5) È mai stato avvertito di non prendere qualche farmaco in particolare?  sì  no  
Se sì, quali? \_\_\_\_\_

6) Ha mai avuto una anestesia locale?  sì  no  
Descriva eventuali effetti indesiderati  
\_\_\_\_\_

**7) Assume o ha assunto in passato bifosfonati, vitamine o altri farmaci (per es Prolia, Xgeva) per osteoporosi o altre malattie delle ossa?**

Se sì, quali, da quanto tempo e quando ha eventualmente interrotto o sospeso?  sì  no  
\_\_\_\_\_

8) Sanguina in modo anomalo quando si ferisce?  sì  no

9) Presenta ematomi o si gonfia facilmente?  sì  no

10) Guarisce?  Rapidamente  normalmente  lentamente

11) È stato mai sottoposto a terapia irradiante (radioterapia) o chemioterapia?  sì  no

12) È facilmente soggetto/a a infezioni?  sì  no

13) È o potrebbe essere in gravidanza?  sì  no

14) Fuma o è stato fumatore/fumatrice?  sì  no

Se sì, quante sigarette al giorno e quando ha eventualmente smesso?  
\_\_\_\_\_

Elencare tutti i farmaci, compresi integratori e vitamine, assunti regolarmente (anche se una/due volte l'anno) e quelli assunti nell'ultimo mese:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Anamnesi Odontoiatrica

1) Ha dolore in qualche punto della bocca?  sì  no

Se sì dove? \_\_\_\_\_

2) Ha sensibilità al freddo su qualche dente?  sì  no

Se sì, dove? \_\_\_\_\_

3) Riesce a masticare bene?  sì  no

Se no, cosa vorrebbe migliorare?  
\_\_\_\_\_

4) E' contento del suo sorriso?  sì  no

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

1) Come ha conosciuto il nostro studio?

Conoscenza diretta  Facebook  Instagram  Google/Sito Internet

Inviato da Medico/Dentista (indicare nome)  \_\_\_\_\_

Consigliato da amico/parente (indicare nome)  \_\_\_\_\_

Convenzione  \_\_\_\_\_

Borgo san Lorenzo li \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Firma del Paziente/Genitore/tutore legale  
\_\_\_\_\_