



## DATI ANAGRAFICI

Cognome..... Nome.....

Indirizzo..... Località..... CAP..... Prov.....

Data di nascita .....Luogo di Nascita.....

CODICE FISCALE.....

☎Tel:..... ☎Cell:..... @mail .....

Come è venuto a conoscenza del nostro Studio?  Cercando su Internet .....

Social (Facebook/Instagram)       Passaparola/Inviato da.....

**Acconsento all'invio del promemoria appuntamento via SMS e/o email ed eventuali notifiche di servizio ( p.es: variazioni orario, chiusura estiva, mese prevenzione ecc. )**       SI     NO

## QUESTIONARIO MEDICO

- Siete in stato di gravidanza/allattamento?       SI     NO
- Siete fumatori?       SI     NO
- Soffrite o avete sofferto di uno o più dei seguenti disturbi/malattie?
  - Malattie neurologiche       SI     NO      Svenimenti o convulsioni       SI     NO
  - Emorragie, malattie del sangue       SI     NO      Angina pectoris, infarto,       SI     NO
  - Protesi valvolari, by pass       SI     NO      Ipertensione arteriosa       SI     NO
  - Pace-maker impiantato       SI     NO      Defibrillatore impiantato       SI     NO
  - Diabete       SI     NO      Epatite virale ( A, B, C)       SI     NO
  - Sieropositività HIV       SI     NO      Malattie infettive       SI     NO
  - Malattie Renali       SI     NO      Epilessia       SI     NO
  - Malattie della Tiroide       SI     NO      Sinusiti       SI     NO
  - Emorragie       SI     NO      Patologie Intestinali       SI     NO
  - Anemia       SI     NO      Leucemia       SI     NO
- Siete o siete stati trattati per neoplasie?       SI     NO  
  Se si quali:.....
- Soffrite di allergia?       SI     NO  
  In particolare ad anestetici, antibiotici, antinfiammatori?       SI     NO  
  Se si quali:.....
- State prendendo qualcuno dei seguenti farmaci?
  - Anticoagulanti       SI     NO      Antiipertensivi       SI     NO
  - Antibiotici       SI     NO      Antinfiammatori       SI     NO
  - Aspirina / Salicilati       SI     NO      Cortisone       SI     NO
  - Antidiabetici       SI     NO      Antistaminici       SI     NO
  - Antianginosi       SI     NO      Antiaritmici       SI     NO
  - Anticonvulsivi       SI     NO      Ormoni Tiroidei       SI     NO
  - Tranquillanti       SI     NO      Antidepressivi       SI     NO
- Altre medicine non in elenco.....
- Vi accorgete di serrare i denti ( Bruxismo )?       SI     NO
- Spazzolate i denti almeno 2 volte al giorno?       SI     NO

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_