

SCHEDA ANAMNESTICA DEL PAZIENTE

Studio Dentistico Dott. Antonio Zuppardi

Sedi: Torre Annunziata e Cetara (SA)

Dati anagrafici

Cognome e nome: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____ Luogo di nascita: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____ Email: _____

Medico di base: _____

Anamnesi generale

Soffre o ha sofferto di una delle seguenti condizioni? (barrare le caselle pertinenti)

☐ Malattie cardiovascolari ☐ Diabete

☐ Ipertensione arteriosa ☐ Malattie respiratorie (es. asma)

☐ Disturbi della coagulazione ☐ Epatite o altre malattie del fegato

☐ Allergie (farmaci, lattice, anestetici, altro): _____

☐ Gravidanza in corso / allattamento

☐ Altre condizioni rilevanti: _____

Terapie farmacologiche in corso

Sta assumendo farmaci? ☐ No ☐ Sì — quali: _____

Assume anticoagulanti o antiaggreganti? ☐ No ☐ Sì

Abitudini

Fumatore/fumatrice? ☐ No ☐ Sì — quante sigarette al giorno: _____

Anamnesi odontoiatrica

Motivo della visita odierna: _____

Ha già effettuato cure odontoiatriche in passato? ☐ No ☐ Sì

Ha mai avuto reazioni a anestesie odontoiatriche? ☐ No ☐ Sì — descrivere: _____

Soffre di ansia legata alle cure dentistiche? ☐ No ☐ Sì

Dichiarazione del paziente

Il/la sottoscritto/a dichiara che le informazioni sopra riportate corrispondono al vero e si impegna a comunicare tempestivamente allo studio eventuali variazioni del proprio stato di salute.

Luogo e data: _____

Firma del paziente (o di chi esercita la responsabilità genitoriale):
