

Dott.
.....
.....
.....
.....

COGNOME NOME
 LUOGO E DATA DI NASCITA
 RESIDENZA FISCALECAP
 CITTA' PROVINCIA PROFESSIONE C.F.

TELEFONO ABITAZIONE	TELEFONO UFFICIO	TELEFONO CELLULARE

MEDICO CURANTE (non dentista) TELEFONO

ANAMNESI GENERALE

- 1) QUANTO TEMPO E' TRASCORSO DAL SUO ULTIMO TRATTAMENTO O CONTROLLO DENTARIO?
- 2) HA AVUTO RICOVERI OSPEDALIERI O MALATTIE DI UNA CERTA ENTITA'?
- 3) HA SOFFERTO O SOFFRE DI:
 - a) AFFEZIONI CARDIACHE
 - b) AFFEZIONI RENALI
 - c) ALTERAZIONI DELLA PRESSIONE SANGUIGNA
 - d) DIABETE
 - e) MALATTIE OCULARI
 - f) ULCERA GASTRICA O DUODENALE
 - g) AFFEZIONI REUMATICHE
 - h) ASMA O MALATTIE ALLERGICHE
 - i) MALATTIE DEL SANGUE
 - l) ALTRE AFFEZIONI
- 4) HA MAI AVUTO QUALCHE CONSEGUENZA PARTICOLARE IN SEGUITO ALL'ASSUNZIONE DI ANESTETICI, ANTIBIOTICI OD ALTRI FARMACI?
- 5) E' MAI STATO AVVERTITO DI NON ASSUMERE QUALCHE FARMACO IN PARTICOLARE?
- 6) E' MAI STATO SOTTOPOSTO AD ANESTESIA LOCALE? CON QUALI CONSEGUENZE?
- 7) ASSUME AL MOMENTO ATTUALE ALTRI MEDICINALI, VITAMINE, ORMONI, ETC.?
- 8) SANGUINA IN MODO ANOMALO QUANDO SI FERISCE?
- 9) PRESENTA EMATOMI O GONFIA FACILMENTE?
- 10) GUARISCE LENTAMENTE NORMALMENTE RAPIDAMENTE
- 11) HA GIA' ESEGUITO ESAMI RADIOGRAFICI O TERAPIA IRRADIANTE?
- 12) DONNE: E' IN GRAVIDANZA?
- 13) ASSUME ABITUALMENTE ASPIRINA?

DATA

FIRMA