

Scheda Anamnestica Odontoiatrica

Dati del Paziente

Nome e Cognome:	
Data di nascita:	
Codice Fiscale:	
Telefono:	
Email:	
Indirizzo:	
Medico curante:	

Anamnesi Generale

Domanda	Sì	No	Note
Soffre di patologie cardiache?			
Soffre di ipertensione?			
È diabetico/a?			
Ha allergie a farmaci o anestetici?			
Assume farmaci abitualmente?			
Ha subito interventi chirurgici importanti?			
È portatore/trice di pacemaker?			
Soffre di epilessia?			
Soffre di malattie infettive?			
È in gravidanza?			
Fuma?			
Assume anticoagulanti?			

Anamnesi Odontoiatrica

Domanda	Sì	No	Note
Ha dolore ai denti o alle gengive?			
Sanguinamento gengivale?			
Sensibilità al caldo/freddo?			
Bruxismo o serramento dentale?			
Precedenti trattamenti ortodontici?			

Paura dell'intervento odontoiatrico?	☐	☐	

Note Cliniche

Dichiarazione del Paziente

Il/La sottoscritto/a dichiara che le informazioni fornite sono veritiere e complete. Si impegna inoltre a comunicare eventuali variazioni dello stato di salute.

Data:

Firma del Paziente: