

Questionario per il paziente



Zahnarztpraxis
Dr. Dana L. Marian

Berger Straße 40–42
60316 Frankfurt
Telefon 069 444996
Fax 069 43054751

Cognome:
nome del paziente:
indirizzo:
nato/a il:
E-mail:
Professione/Datore di lavoro:
Nome:
Indirizzo:

Telefono (privato):
(ufficio):
Telefono:
Medico di famiglia:

La preghiamo di rispondere il più esattamente possibile alle seguenti domande sul Suo stato di salute! Le indicazioni sono soggette al segreto professionale del medico e alle disposizioni di legge sulla protezione dei dati e vengono trattate con la massima riservatezza!

Malattie cardiovascolari:

Epilessia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Pressione sanguigna alta	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Asma/Malattie polmonari	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Pressione sanguigna bassa	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Disturbi della coagulazione del sangue	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Vizio valvolare	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Diabete	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Sostituzione valvola cardiaca	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Tossicodipendenza	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Pacemaker	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Neuropatia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Endocardite	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Nefropatia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Operazione cardiaca	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Svenimenti	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Osteoporosi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Neutropenia acuta	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Fumatore/trice	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Mucoviscidosi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Reumatismi/Artrite	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Sottoposto a trapianto di organi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Malattia della tiroide	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Sottoposto a trapianto di cellule staminali	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Altre malattie:		

Malattie infettive:

Infezione HIV/Stadio AIDS sì no
Patologia epatica/Epatite sì no
Tubercolosi sì no
Altre malattie infettive sì no

Allergie o intolleranze:

Anestesia locale/Iniezioni sì no
Antibiotici sì no
Analgesici sì no
Metalli:

E' in stato di gravidanza? sì no
Se sì, in quale mese? mese

E' già stato/a sottoposto/a a radiografie dentistiche sì no
Se sì, quando?

Quali farmaci assume regolarmente o sta attualmente assumendo? da

Assume bisfosfonati? sì no da

Si sottopone a chemioterapia medica? sì no da

E' in radioterapia perché ammalato/a di cancro? sì no da

Assume forte dosi di steroidi / immunosoppressivi? sì no da

Mi dichiaro d'accordo con la memorizzazione, l'elaborazione e l'uso elettronico dei miei dati per l'inserimento nel sistema recall.

Mi impegno a comunicare immediatamente tutti i cambiamenti che si verificassero durante l'intero periodo terapeutico. Mi impegno inoltre a rispettare gli appuntamenti per la terapia concordati oppure a disdirli con un preavviso di almeno 24 ore. Sono a conoscenza che gli appuntamenti non disdetti o non disdetti per tempo possono essermi addebitati in fattura.

Approvo che, in caso di prestazioni odontoiatriche od odontotecniche di vasta portata, per le quali il/la mio/a dentista debba versare un anticipo finanziario all'odontotecnico, verranno eventualmente acquisite informazioni sulla mia solvibilità presso un ente finalizzato alla tutela del credito o presso un'agenzia di informazioni.

....., li Firma: