

## Cartella Clinica

Cognome (paziente): ..... Nome (paziente): .....

Nato/a a: ..... Il: .....

P.zza / Via: ..... Città: .....

Codice Fiscale: ..... Telefono casa: .....

Telefono cellulare: ..... E-mail: .....

Medico curante: ..... Inviato da: .....

Cognome (mamma): ..... Nome (mamma): .....

Cognome (papà): ..... Nome (papà): .....

Professione del paziente / genitore: .....

Motivo della visita: .....

Particolari situazioni familiari da segnalarci: .....

Note: .....

.....

## Anamnesi Generale

È in buona condizione di salute?  SI  NO

Ha sofferto (o soffre) di: .....

- Ha avuto in passato malattie gravi o interventi?  SI  NO
- **Se sì**, quali e a che età .....  SI  NO
- Assume abitualmente dei medicinali?  SI  NO
- **Se sì**, quali .....  SI  NO
- Ha problemi allergici?  SI  NO
- **Se sì**, quali .....  SI  NO
- Ha problemi in corso di anestesia?  SI  NO
- **Se sì**, quali .....  SI  NO
- Soffre di malattie renali?  SI  NO
- Soffre di diabete?  SI  NO
- Altre malattie non elencate: .....

- Soffre di malattie reumatiche?  SI  NO
- Soffre di malattie del sangue? (anemia, ecc...)  SI  NO
- Malattie infettive? (epatite, HIV, ecc...)  SI  NO
- Malattie alla tiroide?  SI  NO
- Malattie dell'apparato digerente?  SI  NO
- Malattie polmonari? (asma, broncospasmo, ecc...)  SI  NO
- Malattie nervose? (epilessia, ecc)  SI  NO
- **Se sì**, quali .....
- Ha avuto qualche conseguenza in seguito alla assunzione di anestetici, antibiotici?  SI  NO
- È facilmente soggetto/a ad infezioni?  SI  NO
- Porta lenti a contatto?  SI  NO

## Anamnesi Occlusale

Ha sofferto (o soffre) di:

- Dolore o sensibilità ai denti?  SI  NO
- Sanguinamento gengivale?  SI  NO
- Difficoltà alla masticazione?  SI  NO
- Dolori alla testa o al collo?  SI  NO
- Serra i denti, digrina, bruxa?  SI  NO

- Paura delle cure dentali?  SI  NO
- Ha rumori alle articolazioni della mandibola?  SI  NO
- Quando si sveglia sente i denti o le mascelle stanche?  SI  NO
- Ha diminuzione o aumento della sensibilità dei denti?  SI  NO
- Da quale lato mangia? **DESTRA SINISTRA ENTRAMBI**

Data della visita: ..... Firma: .....

