

Anamnesi

Paziente _____	Nato a _____	il _____
indirizzo _____	CAP _____	Città _____
Tel _____	Cell _____	E-mail _____ @ _____
Codice Fiscale _____	Professione _____	
Consigliato da _____		
Se il paziente è minorenne:		
Nomi dei genitori _____		
Professione dei genitori _____		

- Anamnesi generale -

Indicare l'altezza del paziente: _____ cm

Indicare il peso del paziente: _____ kg

Il paziente gode di buona salute? Si ☐ No ☐

Il paziente è mai stato ricoverato in ospedale? Si ☐ No ☐

Il paziente è allergico a qualcosa? Si ☐ No ☐

Se sì, a cosa? _____

Il paziente è mai stato trattato per le seguenti patologie:

Problemi cardiaci Si ☐ No ☐ Diabete Si ☐ No ☐

Febbre reumatica Si ☐ No ☐ Artrite Si ☐ No ☐

Anemia Si ☐ No ☐ Convulsioni/Epilessia Si ☐ No ☐

Epatite Si ☐ No ☐ Problemi fonetici Si ☐ No ☐

AIDS/sieropositività HIV Si ☐ No ☐ Problemi di tonsille Si ☐ No ☐

Tubercolosi Si ☐ No ☐ Problemi di crescita Si ☐ No ☐

Per le ragazze: sono iniziate le mestruazioni? Si ☐ No ☐

Altro da segnalare: _____

- Anamnesi dentale -

Il paziente è già stato visitato da un dentista? Si ☐ No ☐

Il paziente è già stato visitato da un ortodontista? Si ☐ No ☐

Il paziente ha mai portato un apparecchio ortodontico? Si ☐ No ☐

Il paziente ha carie e/o mal di denti? Si ☐ No ☐

Il paziente ha mai ricevuto istruzioni per una corretta igiene orale? Si ☐ No ☐

Il paziente assume fluoro? Si ☐ No ☐

- | | | |
|--|-----------------------------|---|
| Il paziente ha mai subito traumi ai denti? | Si ☐ | No ☐ |
| Il paziente ha mai subito traumi alla faccia o alla mandibola? | Si ☐ | No ☐ |
| Il paziente ha mai avuto dolore o sentito rumori alle orecchie? | Si ☐ | No ☐ |
| Il paziente stringe i denti la notte? | Si ☐ | No ☐ |
| Il paziente ha usato ciuccio e/o biberon? | Si ☐ | No ☐ |
| Il paziente succhia o ha succhiato il pollice, qualche altro dito o qualche oggetto? | Si ☐ | No ☐ |
| Il paziente mangia le unghie? | Si ☐ | No ☐ |
| Il paziente dorme a bocca aperta o russa mentre dorme? | Si ☐ | No ☐ |
| Il paziente lava i denti? | Si ☐ | No ☐ |
| Se sì, quante volte al giorno? | 1 ☐ | 2 ☐ 3 ☐ |
| Se sì, quanti minuti impiega? | 1 ☐ | 3 ☐ 5 ☐ |

Motivo della sua visita:
