



## STUDIO ODONTOIATRICO DOTT. MARCELLO MESSINA

# SCHEDA PAZIENTE

### INFORMAZIONI GENERALI

Nome: ..... Cognome: .....

C.F. ....

Luogo e data di nascita: .....

Luogo di residenza: .....

Professione: .....

Stato civile: nubile/celibe... sposato/a o convivente... divorziato/a o separato...

Recapiti telefonici: cellulare: .....

casa: ..... ufficio: .....

Medico curante: .....

Giorno e ora di preferenza per l'appuntamento odontoiatrico: .....

Momento migliore per contattarla telefonicamente: .....

### ANAMNESI GENERALE

Quanto tempo è trascorso dall'ultima visita dal dentista/igienista:

meno di un mese... da 1 a 3 mesi ... da 3 a 6 mesi... oltre 6 mesi...

Ragioni della visita: .....

.....

Ha avuto ricoveri ospedalieri o di una certa entità negli ultimi 2/3 anni? ..... si... no...

Ha sofferto o soffre di:

– Patologie cardiache: ..... si... no...

– Alterazione della pressione sanguigna: ..... si... no...

– Patologie renali: ..... si... no...



- Patologie reumatiche: ..... si... no...
- Malattie del sangue: ..... si... no...
- Malattie oculari/glaucoma: ..... si... no...
- Diabete: ..... si... no...
- Ulcere gastriche o duodenali: ..... si... no...
- Asma o malattie allergiche: ..... si... no...
  
- Altre patologie da segnalare: .....

Ha mai avuto qualche conseguenza particolare in seguito all'assunzione di anestetici, antibiotici o altri farmaci? ..... si... no...

È mai stato avvertito/a di non prendere qualche farmaco o medicina in particolare? ..... si... no...

Hai mai avuto un'anestesia locale? ..... si... no...

Quali sono state le conseguenze:.....

Attualmente prende qualche medicina? ..... si... no...

Sanguina in modo anomalo quando si ferisce? ..... si... no...

Presenta ematomi o si gonfia facilmente? ..... si... no...

Guarisce: rapidamente... normalmente... lentamente...

È mai stata sottoposto/a chemio/radioterapia? ..... si... no...

È facilmente soggetto/a infezioni? ..... si... no...

(Se donna) È in gravidanza? ..... si... no...

Fuma? si... no... (se fumatore) Quante sigarette al dì:.....

Io sottoscritto, dichiaro di aver risposto con esattezza a tutte le domande poste. Se in qualsiasi momento le mie condizioni di salute dovessero subire delle variazioni, mi impegno ad informare il dottor Messina e il suo staff all'appuntamento successivo.

Data:

firma del paziente (o chi ne fa le veci):

.....

.....