



DATI ANAGRAFICI

Cognome..... Nome.....

Indirizzo..... Località..... CAP..... Prov.....

Data di nascitaLuogo di Nascita.....

CODICE FISCALE.....

☎Abitazione..... ☎Lavoro..... ☎Cellulare.....

@mail:.....

Acconsento all'invio del promemoria appuntamento via SMS e/o email ed eventuali notifiche di servizio (p.es: variazioni orario, chiusura estiva, ecc. non pubblicità) SI NO

QUESTIONARIO MEDICO

- Siete in stato di gravidanza/allattamento? SI NO
- Siete fumatori? SI NO
- Soffrite o avete sofferto di uno o più dei seguenti disturbi/malattie?
 - Malattie neurologiche SI NO Svenimenti o convulsioni SI NO
 - Emorragie, malattie del sangue SI NO Angina pectoris, infarto, SI NO
 - Protesi valvolari, by pass SI NO Ipertensione arteriosa SI NO
 - Pace-maker impiantato SI NO Defibrillatore impiantato SI NO
 - Diabete SI NO Epatite virale (A, B, C) SI NO
 - Sieropositività HIV SI NO Malattie infettive SI NO
 - Malattie Renali SI NO Epilessia SI NO
 - Malattie della Tiroide SI NO Sinusiti SI NO
 - Emorragie SI NO Patologie Intestinali SI NO
 - Anemia SI NO Leucemia SI NO
- Siete o siete stati trattati per neoplasie? SI NO
Se si quali:.....
- Soffrite di allergia? SI NO
In particolare ad anestetici, antibiotici, antinfiammatori? SI NO
Se si quali:.....
- State prendendo qualcuno dei seguenti farmaci?

Anticoagulanti <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Antiipertensivi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Antibiotici <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Antinfiammatori <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Aspirina / Salicilati <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cortisone <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Antidiabetici <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Antistaminici <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Antianginosi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Antiarritmici <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Anticonvulsivi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ormoni Tiroidei <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tranquillanti <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Antidepressivi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Altre medicine non in elenco.....
- Vi accorgete di serrare i denti (Bruxismo)? SI NO
- Spazzolate i denti almeno 2 volte al giorno? SI NO

data _____

Firma _____