

Studio Dentistico Odontoprotesi Stadera s.n.c.

Nome e Cognome
 Domicilio CAP
 Residenza CAP
 Luogo e data di nascita
 Telefono abitazione
 Cellulare
 Ufficio/lavoro (telefono)
 Assicurazione
 Professione
 Codice Fiscale
 Da chi è stato indirizzato presso il nostro Studio
 Data dell'ultima visita odontoiatrica o pulizia
 Motivo della visita

ANAMNESI

Malattie infettive (epatiti, HIV, ecc)	SI	NO
Malattie gastroenteriche (gastriti, ulcere)	SI	NO
Malattie cardiovascolari (pressione alta, tachicardie, ecc)	SI	NO
Malattie allergiche (stagionali, farmaci, anestetici)	SI	NO
Anemie o altre malattie del sangue	SI	NO
Emorragie	SI	NO
Artrite	SI	NO
Osteoporosi	SI	NO
Diabete	SI	NO
Glaucoma	SI	NO
Gravidanza	SI	NO
Patologie nervose (esaurimenti, depressioni, epilessia)	SI	NO
Fuma	SI	NO
Quantità		
Quali farmaci sta assumendo attualmente?		

Il sottoscritto, con la presente, dichiara di essere in buona condizione di salute, pertanto idoneo/a a poter iniziare la cura odontoiatrica. Mi riservo di avvisare qualora dovessero cambiare le mie condizioni di salute.

Data Firma

Art. 10 L. 675/96 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".
 Il sottoscritto, ai sensi degli articoli 9, 10, 11, 12, 13, 14 della Legge citata, esprime il consenso al trattamento dei dati personali o aziendali di raccogliere, registrare e utilizzare i dati personali esclusivamente per la diagnosi e la cura.

Data Firma