

Cognome, nome del **paziente**, indirizzo

# Questionario per il paziente

nato/a il

E-mail:

Telefono (privato): .....

(ufficio): .....

Professione: .....

Medico di famiglia: Nome: .....

Indirizzo: .....

Telefono: .....

**La preghiamo di rispondere il più esattamente possibile alle seguenti domande sul Suo stato di salute!** Le indicazioni sono soggette al segreto professionale del medico e alle disposizioni di legge sulla protezione dei dati e vengono trattate con la massima riservatezza!

### Malattie cardiovascolari:

- Pressione sanguigna alta  sì  no
- Pressione sanguigna bassa  sì  no
- Vizio valvolare  sì  no
- Sostituzione valvola cardiaca  sì  no
- Pacemaker  sì  no
- Endocardite  sì  no
- Operazione cardiaca  sì  no

- Neutropenia acuta  sì  no
- Mucoviscidosi  sì  no
- Sottoposto a trapianto di organi  sì  no
- Sottoposto a trapianto di cellule staminali  sì  no

### Malattie infettive:

- Infezione HIV/Stadio AIDS  sì  no
- Patologia epatica/Epatite  sì  no
- Tubercolosi  sì  no
- Altre malattie infettive  sì  no
- Malattia di Creutzfeldt-Jacob (MCJ)/Nuova variante della malattia di Creutzfeldt-Jacob (vCJK)  sì  no

- E' in stato di gravidanza?  sì  no
- Se sì, in quale mese? .....mese

- Epilessia  sì  no
- Asma/Malattie polmonari  sì  no
- Disturbi della coagulazione del sangue  sì  no
- Diabete  sì  no
- Tossicodipendenza  sì  no
- Neuropatia  sì  no
- Nefropatia  sì  no
- Svenimenti  sì  no
- Osteoporosi  sì  no
- Fumatore/trice  sì  no
- Reumatismi/Artrite  sì  no
- Malattia della tiroide  sì  no

- Altre malattie:  sì  no
- .....

### Allergie o intolleranze:

- Anestesia locale/Iniezioni  sì  no
- Antibiotici  sì  no
- Analgesici  sì  no
- Metalli: .....
- sì  no

- E' già stato/a sottoposto/a a radiografie dentistiche?
- Se sì, quando? .....

### Quali farmaci assume regolarmente o sta attualmente assumendo?

.....da .....

- Assume bisfosfonati?  sì  no da .....
- Si sottopone a chemioterapia medica?  sì  no da .....
- E' in radioterapia perché ammalato/a di cancro?  sì  no da .....
- Assume forte dosi di steroidi / immunosoppressivi?  sì  no da .....
- Ha subito operazioni importanti in ospedale?  sì  no data .....

Mi dichiaro d'accordo con la memorizzazione, l'elaborazione e l'uso elettronico dei miei dati per l'inserimento nel sistema recall.

Mi impegno a comunicare immediatamente tutti i cambiamenti che si verificassero durante l'intero periodo terapeutico. Mi impegno inoltre a rispettare gli appuntamenti per la terapia concordati oppure a disdirli con un preavviso di almeno 24 ore. Sono a conoscenza che gli appuntamenti non disdetti o non disdetti per tempo possono essermi addebitati in fattura.

**Approvo che, in caso di prestazioni odontoiatriche od odontotecniche di vasta portata, per le quali il/la mio/a dentista debba versare un anticipo finanziario all'odontotecnico, verranno eventualmente acquisite informazioni sulla mia solvibilità presso un ente finalizzato alla tutela del credito o presso un'agenzia di informazioni.**

....., li .....

Firma: .....