

DR. EDOARDO BERNKOPF

Medico chirurgo, specialista in Odontoiatria e protesi dentaria

VICENZA 36100- Via Garofolino, 1 - Tel. e Fax 0444/545509

E-mail: edber@studiober.com Sito internet: www.studiober.com**ANAMNESI MEDICA
ADULTI**

NOME E COGNOME _____

Allergie (quali?)_____	SI' NO	Russa di notte?_____	SI' NO
Allergie all'anestesia_____	SI' NO	Fa pause respiratorie durante la notte?_____	SI' NO
Malattie cardiovascolari_____	SI' NO	E' in gravidanza _____	SI' NO
By-pass (nell'anno?)_____	SI' NO	Ha paura del dentista _____	SI' NO
Angioplastica (nell'anno?)_____	SI' NO	Ha subito traumi cranici_____	SI' NO
Alterazione della pressione arteriosa_____	SI' NO	Beve alcolici_____	SI' NO
Parametri: min_____ max_____		Fa uso o ha fatto uso di droghe _____	SI' NO
Pulsazioni_____ Saturazione_____		Ha disturbi alla tiroide_____	SI' NO
Malattie emorragiche_____	SI' NO	Ulcere gastriche o duodenali_____	SI' NO
Problemi di coagulazione del sangue_____	SI' NO	Malattie renali_____	SI' NO
Diabete (di tipo...)_	SI' NO	Malattie reumatiche_____	SI' NO
Epatite virale (tipo...)_	SI' NO	E' in trattamento per l'osteoporosi (se sì con bifosfonati?)_	SI' NO
Epilessia_____	SI' NO	se sì quali_____	
Sospetti di sieropositività all'AIDS_____	SI' NO	Soffre di svenimenti o vertigini_____	SI' NO
Asma bronchiale_____	SI' NO	Ricoveri ospedalieri recenti_____	SI' NO
Malattie polmonari_____	SI' NO	E' fumatore (se sì quante sigarette?)_____	SI' NO
E' stato avvertito di non prendere qualche farmaco_____	SI' NO	Anemia_____	SI' NO
se sì quale_____		Soffre di mal di testa_____	SI' NO
Ha avuto effetti secondari da farmaci_____	SI' NO	Soffre di rigidità cervicale_____	SI' NO
se sì quali_____		Soffre di sinusiti_____	SI' NO
In questo periodo prende qualche farmaco o la pillola_____	SI' NO	E' ansioso_____	SI' NO
se sì quali_____		Altre malattie o disturbi_____	
_____		_____	
_____		Gruppo sanguigno_____	
Fa uso di tranquillanti o di sonniferi o antidepressivi_____	SI' NO	Ha subito trasfusioni di sangue?_____	SI' NO
se sì quali_____		E' assistito da fondi sanitari integrativi?_____	SI' NO
Ha subito terapia antitumorale _____	SI' NO	(fasi,fasiopen,faschim,postevita,anap) codice_____	
Radioterapia_____	SI' NO	Convenzione _____	SI' NO
Chemioterapia (se sì con bifosfonati?)_____	SI' NO	quale?_____	

È attualmente seguito da altro Collega per la parte di Odontoiatria generale (pulizia, carie, malattie delle gengive...) SI' NO**Desidera essere inserito nel nostro protocollo di controllo sull'igiene e sulle carie? SI' NO****Il Paziente è tenuto a comunicare ogni variazione dello stato di salute generale eventualmente insorto dopo la firma di questo consenso e gli aggiornamenti dello stesso.****AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI E ALLA DOCUMENTAZIONE FOTOGRAFICA**

Autorizzo la registrazione ed utilizzazione dei miei dati personali al fine di gestire la documentazione clinica, amministrativa e fiscale relativa alle cure odontoiatriche che mi saranno prestate. Acconsento inoltre alla raccolta di materiale fotografico inerente le cure a cui sarò sottoposto, per permettere l'archiviazione del caso o l'eventuale utilizzo a seminari e congressi.

DATA _____ FIRMA _____

AGGIORNAMENTO IN DATA _____ VARIAZIONI _____ FIRMA _____

AGGIORNAMENTO IN DATA _____ VARIAZIONI _____ FIRMA _____

AGGIORNAMENTO IN DATA _____ VARIAZIONI _____ FIRMA _____