

**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](mailto:edber@studiober.com) Sito internet: [www.studiober.com](http://www.studiober.com)

**ANAMNESI  
MEDICA  
PEDIATRICA**

**NOME E COGNOME** \_\_\_\_\_

Nome mamma: \_\_\_\_\_

Nome papà: \_\_\_\_\_

Mamma, papà, fratelli godono di buona salute SI' NO

Sospetti di sieropositività all'AIDS? \_\_\_\_\_ SI' NO

Durante la gravidanza la mamma ha assunto farmaci? SI' NO

Diabete (o altri disturbi endocrini) \_\_\_\_\_ SI' NO

Il bambino è nato a termine? \_\_\_\_\_ SI' NO

Celiachia \_\_\_\_\_ SI' NO

Parto naturale? \_\_\_\_\_ SI' NO

Allergie (quali?) \_\_\_\_\_ SI' NO

Lo sviluppo psichico e fisico è stato normale? \_\_\_\_\_ SI' NO

Altre malattie o disturbi? \_\_\_\_\_ SI' NO

Ha già avuto o soffre di una delle seguenti patologie?:

E' mai stato avvertito di non prendere qualche farmaco? SI' NO

Malattie esantematiche \_\_\_\_\_ SI' NO

Ha avuto effetti secondari da medicinali? \_\_\_\_\_ SI' NO

Malattie cardiache \_\_\_\_\_ SI' NO

Sta assumendo qualche farmaco? \_\_\_\_\_ SI' NO

Malattie polmonari (asma) \_\_\_\_\_ SI' NO

Assume qualche prodotto omeopatico? \_\_\_\_\_ SI' NO

Malattie dell'apparato digerente \_\_\_\_\_ SI' NO

HA avuto ricoveri ospedalieri? \_\_\_\_\_ SI' NO

Malattie renali \_\_\_\_\_ SI' NO

Ha subito intervento di tonsillectomia o adenoidectomia? SI' NO

Epatite (di tipo \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ SI' NO

Ha subito traumi cranici? \_\_\_\_\_ SI' NO

Epilessia (o episodi convulsivi) \_\_\_\_\_ SI' NO

Gruppo sangue \_\_\_\_\_

Malattie emorragiche \_\_\_\_\_ SI' NO

Ha subito trasfusioni di sangue ? \_\_\_\_\_ Si NO

Problemi di coagulazione del sangue \_\_\_\_\_ SI' NO

E' assistito da fondi sanitari integrativi? \_\_\_\_\_ SI' NO

Russa di notte \_\_\_\_\_ SI' NO

(fasi, fasiopen, faschim, poste vita, anap)

Fa pause respiratorie durante la notte \_\_\_\_\_ SI' NO

Convenzione: \_\_\_\_\_ SI' NO

E' attualmente seguito da altro Collega per la parte di Odontoiatria generale (pulizia, carie, malattia 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 qualsiasi cambiamento dello stato di salute generale eventualmente insorto dopo la firma di questa anamnesi.**

**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 DEL GENITORE O DI CHI NE FA LE VECI** \_\_\_\_\_

AGGIORNAMENTO IN DATA \_\_\_\_\_ VARIAZIONI \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

AGGIORNAMENTO IN DATA \_\_\_\_\_ VARIAZIONI \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

AGGIORNAMENTO IN DATA \_\_\_\_\_ VARIAZIONI \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_