

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
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 _____