

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

SI' NO

gengive...)

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 _____