



## Cartella Clinica

Cognome: ..... Nome: .....  
 Nato/a a: ..... Il: .....  
 P.zza / Via: ..... Città: .....  
 Codice Fiscale: ..... Telefono casa: .....  
 Telefono cellulare: ..... E-mail: .....  
 Medico curante: ..... Inviato da: .....  
 Professione del paziente / genitore: .....  
 Motivo della visita: .....  
 Particolari situazioni familiari da segnalarci: .....  
 Note: .....

## Anamnesi Generale

È in buona condizione di salute? ..... SI NO  
 Ha sofferto (o soffre) di:  
 Ha avuto in passato malattie gravi o interventi? ..... SI NO  
**Se sì**, quali e a che età .....  
 Assume abitualmente dei medicinali? ..... SI NO  
**Se sì**, quali .....  
 Ha problemi allergici? ..... SI NO  
**Se sì**, quali .....  
 Ha problemi in corso di anestesia? ..... SI NO  
**Se sì**, quali .....  
 Soffre di malattie renali? ..... SI NO  
 Soffre di diabete? ..... SI NO  
 Altre malattie non elencate:.....  
 Soffre di malattie reumatiche? ..... SI NO  
 Soffre di malattie del sangue? (anemia, ecc...) ..... SI NO  
 Malattie infettive? (epatite, HIV, ecc...) ..... SI NO  
 Malattie alla tiroide? ..... SI NO  
 Malattie dell'apparato digerente? ..... SI NO  
 Malattie polmonari? (asma, broncospasmo, ecc...) ..... SI NO  
 Malattie nervose? (epilessia, ecc) ..... SI NO  
**Se sì**, quali .....  
 Ha avuto qualche conseguenza in seguito alla  
 assunzione di anestetici, antibiotici? ..... SI NO  
 È facilmente soggetto/a ad infezioni? ..... SI NO  
 Porta lenti a contatto? ..... SI NO

## Anamnesi Occlusale

Ha sofferto (o soffre) di:  
 Dolore o sensibilità ai denti? ..... SI NO  
 Sanguinamento gengivale? ..... SI NO  
 Difficoltà alla masticazione? ..... SI NO  
 Dolori alla testa o al collo? ..... SI NO  
 Serra i denti, digrigna, bruxa? ..... SI NO  
 Paura delle cure dentali? ..... SI NO  
 Ha rumori alle articolazioni della mandibola? ..... SI NO  
 Quando si sveglia sente i denti o le mascelle stanche? .... SI NO  
 Ha diminuzione o aumento della sensibilità dei denti? .. SI NO  
 Da quale lato mangia? ..... DESTRA SINISTRA ENTRAMBI

Data della visita: ..... Firma: .....

