

MODULO D'ISCRIZIONE PER ADULTI

BENVENUTI NEL NOSTRO STUDIO

DATI PERSONALI



Paziente (Nome e Cognome) _____ Data di nascita _____

Assicurato (Nome e Cognome) _____ Marito, Moglie Padre, Madre _____ Data di nascita _____

Indirizzo, Strada e numero di casa _____

Codice postale e residenza _____

Numero Telefonico _____ Numero del FAX _____

Professione _____ Impiegato Autonomo

Datore di lavoro _____ Strada e numero di casa _____

Codice postale e residenza _____ Numero Telefonico _____

Cassa Malattie _____ Assicurazione obbligatoria Volontaria Privata

Medico di Base/ o altri Medici dove lei é paziente. _____

DOMANDE SULLA SALUTE

Le domande che seguono, servono ad impedire il rischio della cura. Così vi preghiamo di rispondere per la vostra sicurezza a tutte le domande. I vostri dati rimangono sotto la protezione medica. Se ci sono domande, vi preghiamo di rivolgerci al nostro studio.

- | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Soffre di mal di cuore, circolazione sanguigna, emorragie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ha una malattia sanguigna, embolo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ha una malattia diabetica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Prende giornalmente medicinali? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se é sì, quali: _____ | | |
| 5. Ha un'allergia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se é sì, quale: _____ | | |
| 6. Ha avuto un malore al fegato (Itterizia, Hepatitis)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ha avuto la Tuberculose (Tbc)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Soffre di AIDS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Soffre di reumatismo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Lei é incinta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ha paura del trattamento dentale? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se é sì, quanto: <input type="checkbox"/> poco <input type="checkbox"/> forte <input type="checkbox"/> fortissimo | | |
| 12. Ha mal di denti? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Vorrebbe avere un Anestesia locale? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Fa fatica a muovere la mandibula? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ha già avuto na terapia ortodontica de profilassi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Ha mai avuto un'emorragia alla gengiva? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Da quali conoscenti siete arrivati al nostro studio ? _____ | | |
| 18. Vorrebbe conoscere il nostro programma della pulitura dei Denti? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |