

UniversitätsKlinikum Düsseldorf
- Westdeutsche Kieferklinik -
Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie und Aufnahme

Cognome

Nome

Data di nascita

Questionario per il paziente

Le risposte alle seguenti domande sono di fondamentale importanza al fine del trattamento. Se dovesse avere qualsiasi domanda, si senta libero/a di contattare il dentista di riferimento.

- ✍ **La prego di segnare se i seguenti punti si applicano alla Sua condizione:** **Sì** **No**
1. Si è verificato nessun incidente al lavoro o a scuola?
 2. Si è verificato nessun cambiamento nel Suo stato di salute generale nel corso dello scorso anno o ha perso peso in modo significativo?
 3. Si è sottoposto/a a cure mediche ultimamente?
Il Suo medico di famiglia? Il Suo dentista?
 4. Assume farmaci regolarmente?
Se sì, ne indichi gentilmente il nome sul retro di questo modulo.
 5. Soffre di allergie (intolleranze)?
 6. Soffre di malattie cardiache, difetti cardiaci o altro problema nella regione cardiaca?
 7. Soffre di ipertensione? (Conosce la Sua pressione sanguigna?)
 8. È portatore/portatrice di pacemaker cardiaco?
 9. Soffre o ha sofferto di malattie respiratorie o polmonari (asma, tubercolosi)? _____
 10. È diabetico/a?
 11. Soffre di problemi della coagulazione o di prolungato sanguinamento in caso di traumi?
 12. Soffre o ha sofferto di malattie tiroidee? ipertiroidismo ipotiroidismo
 13. Soffre o ha sofferto di patologie renali?
 14. Soffre o ha sofferto di malattie epatiche (ittero, epatite A, - B, - C)?
 15. Ha mai avuto perdita di conoscenza, svenimento o convulsioni (epilessia)? _____
 16. Soffre di glaucoma?
 17. Ha sofferto di febbre reumatica?
 18. Ha necessità di prendere antibiotici prima di sottoporsi a trattamenti odontoiatrici?
 19. Ha qualche malattia infettiva?
 20. Si è mai sottoposto a test per HIV (AIDS)?
 21. Soffre di qualche disturbo o malattia che non è stata qui menzionata?
 22. Femmine: è incinta o c'è qualche possibilità che Lei possa esserlo?
 23. Lei viene - per consultazione
 - per trattamento di emergenza
 - per riabilitazione (trattamento complesso da proseguire in clinica)
 - perché è stato inviato/a da
 24. Si è sottoposto/a a cure odontoiatriche lo scorso anno?

Le Sue osservazioni, suggerimenti, richieste:

Data

Firma

überprüft/aktualisiert:

Datum:

Behandler: