

dr. gianni salvini
odontoiatra

nome _____ cognome _____
data di nascita _____ luogo di nascita _____ prov. _____
indirizzo _____ n° _____ loc. _____ cap _____
prov. _____ professione _____ e.mail _____
tel. _____ cell. _____ cod.fiscale _____

RACCOLTA DATI ANAMNESTICI

motivo della visita _____

soffre o ha sofferto in passato di qualcuna delle seguenti malattie? Se si, specificare:

allergie (anestetici,antibiotici,altro) _____
malattie di cuore (angina pectoris/infarto miocardicodisturbi valvolari) _____
malattie del sangue (anemie,coagulopatie, emorragie post-estrattive) _____
ipertensione _____
malattie infettive (epatite virale, aids o sieropositività hiv, tubercolosi, altro) _____
fumatrice/fumatore _____ quante al giorno? _____
febbre reumatica _____
artrite reumatoide _____
malattie del sistema scheletrico (osteoporosi) _____
diabete _____
malattie del sistema nervoso (ansia/depressione, epilessia, altro) _____
malattie renali _____
malattie respiratorie (asma, bronchite, altro) _____
malattie dell'apparato digerente (ulcera, fegato, altro) _____
malattie degli occhi _____
malattie endocrine (tiroide, ipofisi, altro) _____
mal di testa _____
malattie non elencate _____

ha subito interventi chirurgici negli ultimi 5 anni? _____ quali? _____
trasfusioni di sangue _____
terapia radiante _____

assume farmaci? _____ quali? _____

assume BIFOSFONATI? _____

è portatore di pacemaker? _____

ha già subito anestesie dal dentista? _____ ha avuto conseguenze particolari? _____

è in stato di gravidanza? _____

Le è stato detto che russa durante il sonno? _____ Ha la sensazione di non dormire bene? _____

Si sente stanco durante il giorno? _____

data _____ firma _____

Modulo di consenso ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. 196/2003 (trattamento dati sensibili)

Io sottoscritto _____ apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il consenso al trattamento dei dati nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra e nei limiti in cui il mio consenso fosse richiesto ai sensi di legge.

In particolare manifesto il mio consenso per:

- l'acquisizione dei dati di cui al punto A
- la comunicazione dei dati ai terzi ai sensi del punto E.

L'informativa ai sensi della suddetta legge 196/03 è affissa nella sala d'attesa dello studio dr. Gianni Salvini, Costafabbi SI.

data _____ firma _____