

Dr. Mirco Kmitta	Internes Dokument	Dok Nr. QS-ID-003
	Anamnesbogen Italienisch	Stand April 2023
		Revision 002

Questionario paziente

Nome del paziente:..... Adresse: -----
Nome (di battesimo) : Nato il: -----
E-Mail: Telefono (privato):.....
Professione:(commercialmente):
Medico di famiglia: nome :

Per favore, la salute possibili le seguenti domande nel tuo stato esattamente! Le note di soccombere al segreto medico e preparativi per la protezione dei dati e sono strettamente confidenziali.

Cuore cardiovascolare malattia:
non si alta pressione sanguigna pacemaker sì nessun
si bassa pressione sanguigna endocardite sì nessun
malattia di cuore valvular sì nessun
cuore chirurgia sì nessun
cuore valvola ricambio sì nessun
Droga di epilessia non sì nessun
asma/polmone malattia sì nessun
nervo malattia sì nessuna
coagulazione di sangue non disturbi sì nessun
rene malattia sì nessun
diabete svenimento sì nessun
osteoporosi malattia sì nessun
no fumo sì nessun
senza tiroide malattia reumatismi/Artrite sì nessun

fibrosi cistica malattia sì nessun trapianto di organo sì nessun
 Livello di cura: sì nessun quale fase: _____
altre malattie:

Assumere farmaci?.....
 Se è così, che cosa?

Farmaci anticoagulanti? sì nessun che cosa?

Malattie infettive: allergie o intolleranze:

HIV infezione/fase AIDS sì nessun anestesia/iniezione locale sì nessun
malattia epatica/Vepatite sì nessun antibiotici non sì nessun
tubercolosi sì nessun antidolorifici sì nessun
metalli di malattie infettive: Metalli sì nessun
(Ad es. MRSA) sì nessun lattice altri: sì nessun

Malattia di creuzfeld jacob: sì nessun

vedi retro



C'è una gravidanza? Sì non
se sì, in che mese?

Sono stati compiuti già radiografie con te?

In caso affermativo, quando?

Più grandi operazioni effettuate con te ultimamente?

Se è così, che cosa?

Sei soddisfatto del colore die tuoi denti? Sì non

Acconsento all ´archiviazione e la trattamento elettronico per adempiere agli obblighi contrattuali

Sì non

Sono d´accordo con l´inclusione nel sistema di richiamo

Sì non

Sono d´accordo con l´idea di curare ulteriormente i dentisti nella mia carella clinica

Sì non

Mi impegno ad informarvi immediatamente di eventuali cambiamenti che possono verificarsi durante l´intero periodo di trattamento. Inoltre, mi impegno a rispettare i termini concordati o a disdire il trattamento almeno 24 ore prima del termine. Sono consapevole del fatto che i termini che non sono stati annullati o non sono stati annullati possono essere fatturati.

Data: _____

Firma: _____

Data: _____

Firma: _____