

Modulo di registrazione I Anamnesi

Gentile paziente,

siamo lieti che abbia scelto il nostro studio per la cura dei Suoi denti. Il sistema di gestione degli appuntamenti da noi implementato accorcia sensibilmente i tempi d'attesa. L'eventualità di interventi terapeutici imprevisti, ma necessari dal punto di vista medico, possono tuttavia far sì che gli appuntamenti presi non possano essere rispettati al minuto. Nel dirLe ciò non possiamo che fare affidamento sulla Sua comprensione. Se una volta non dovesse riuscire a rispettare un appuntamento, La preghiamo di disdire prima possibile, ovvero con un anticipo di almeno 24 ore. Se si reca nel nostro studio in caso di emergenza, ad es. se ha dolori acuti, senza prima aver preso appuntamento, non potremo ris-

parmiarLe un certo tempo d'attesa.

Se ha un'assicurazione obbligatoria contro le malattie, è tenuto ad esibire la tessera assicurativa entro 10 giorni dall'inizio del trattamento, altrimenti saremo costretti a mettere in conto privatamente le spese relative al trattamento effettuato. Se ha un'assicurazione obbligatoria contro le malattie, in alternativa al trattamento mediante tessera assicurativa può anche concordare con la Sua cassa malattia di pagare l'importo della fattura privatamente ai sensi del § 13 SGB V (rimborso spese). Per ulteriori informazioni può rivolgersi alla Sua cassa malattia.

Paziente

Sig./Sig.ra/Bambino

Cognome	Nome	Data di nascita
---------	------	-----------------

Recapito

Via/N° civico	E-mail*	Luogo di nascita
CAP/Località	Telefono o mobile	

Professione paziente

	Datore di lavoro
--	------------------

Allievo/a Studente/Studentessa

Recapito datore di lavoro*

Via/N° civico	CAP/Località	Telefono
---------------	--------------	----------

Eventualmente rappresentante legale o diverso/a destinatario/a della fattura (per i bambini tutore/tutrice)

Recapito

Cognome	Nome	Data di nascita
---------	------	-----------------

Via/N° civico	E-mail*	
---------------	---------	--

CAP/Località	Telefono o mobile	
--------------	-------------------	--

Professione rappresentante legale o diverso/a destinatario/a della fattura*

	Datore di lavoro
--	------------------

Allievo/a Studente/Studentessa

Recapito datore di lavoro*

Via/N° civico	CAP/Località	Telefono
---------------	--------------	----------

Nome ente assicurativo

(cassa mutua o compagnia assicurativa)

--	--	--

- Ho un'assicurazione obbligatoria
- Ho un'assicurazione privata
- Ho un'assicurazione facoltativa
- Sono assicurato/a con tariffa standard
- Ho diritto ai sussidi
- Sono assicurato/a con tariffa base
- Ho scelto il rimborso spese ai sensi dell'art.13 SGB V
- Non sono assicurato/a
- Ho diritto ai sussidi (Sozialamt [Ufficio di previdenza sociale], Versorgungsamt [Ufficio di assistenza])
- Ho un'assicurazione supplementare privata

Per la Sua cartella clinica necessitiamo delle seguenti informazioni che sono soggette all'obbligo del segreto professionale e alle disposizioni in materia di protezione dei dati e che ci obblighiamo a trattare con la massima discrezione. Ricordi che dovrà comunicare al nostro studio ogni eventuale modifica del Suo stato di salute, del Suo recapito nonché del Suo stato assicurativo!

Segnare con una crocetta la risposta pertinente per ogni domanda.

1. Ha avuto/ha una delle seguenti patologie?

a)	si	no	Emopatie	si	no	Epatite A/B/C (ittero)	si	no
Asma (grave affanno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disturbi della coagulazione ematica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Affezione parossistica (epilessia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Affezioni tiroidee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatismi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endocardite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insufficienza renale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Germe ospedaliero MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tubercolosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malattie del fegato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumore/carcinoma/cancro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Altre indicazioni/altre patologie

Il Suo medico di famiglia:

Nome Recapito
Studio dentistico incaricato del trattamento prel-minare*

Telefono

Nome Recapito
Ha un passaporto allergie?

Telefono

b) Lei soffre di allergie? si no Se sì, a quali?
Ha un passaporto allergie? si no

c) Infarto cardiaco si no
Ictus si no
Paralisi si no
Assume dei fluidificanti del sangue? si no Se sì, a quali?

d) Ha una pressione sanguigna troppo alta? si no Ha una pressione sanguigna troppo bassa? si no

2. È portatore di pacemaker? si no
Ha una valvola cardiaca artificiale? si no

3. Assume bisfosfonati? si no
Assume immunodepressivi? si no
Assume periodicamente dei farmaci? si no Se sì, a quali?

4. Fuma? si no In caso affermativo, quante sigarette al giorno?

5. Russa? si no

6. È affetto da dipendenze? si no Se sì, a quali?

7. Sussiste una gravidanza? si no non saprei

Settimana di
gravidanza, se noto

8. Ha avuto/ha lesioni nel cavo orale/nell'area
mascellare o facciale a seguito di infortunio?

Tipo di lesione

9. Si verifica una necessità di assistenza sanitaria ai sensi del § 15 SGB V
(codice tedesco di previdenza sociale, libro V)? si no

Se sì, di quale
gravità?

10. È presente un'indennità d'inserimento ai sensi del § 99 SGB IX
(codice tedesco di previdenza sociale, libro XI)? si no

Se sì, a quali?

11. Preferisce un trattamento sotto
anestesia locale? si no

Ricordi che l'assunzione di farmaci o le iniezioni di anestesia
locale possono pregiudicare per ore la Sua idoneità alla guida.

12. Ha una cartella clinica radiologica? si no

Quando è stato/a effettuato/a l'ultimo esame radiologico / l'ultima tomografia computerizzata? (Data/parte del corpo)

13. Ha un Bonusheft (opuscolo nel quale sono
Quando le è stata effettuata l'ultima pulizia dentaria professionale

14. Utilizzate la cartella clinica elettronica? si no

In che modo/attraverso chi è venuto/a a conoscenza del nostro studio:*

Con la mia firma confermo che le informazioni da me fornite sono complete e corrette.

Data

Firma paziente o tutore