

Modulo di registrazione | 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 metterle 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

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Cognome	Nome	Data di nascita

Recapito

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via/N° civico	E-mail*	Luogo di nascita
<input type="text"/>		<input type="text"/>
CAP/Località	Telefono o mobile	

Professione paziente

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datore di lavoro	
<input type="checkbox"/> Allievo/a Studente/Studentessa	

Recapito datore di lavoro*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via/N° civico	CAP/Località	Telefono

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cognome	Nome	Data di nascita

Recapito

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Via/N° civico	E-mail*	
<input type="text"/>		<input type="text"/>
CAP/Località	Telefono o mobile	

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datore di lavoro	
<input type="checkbox"/> Allievo/a Studente/Studentessa	

Recapito datore di lavoro*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via/N° civico	CAP/Località	Telefono

Nome ente assicurativo

(cassa mutua o compagnia assicurativa)

<input type="text"/>

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

* dati facoltativi

Vedi retro!

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

Asma (grave affanno)

Diabete

Reumatismi

Osteoporosi

Tubercolosi

HIV

si

no

Emopatie

Disturbi della coagulazione ematica

Cardiopatìa

Endocardite

Germe ospedaliero MRSA

Malattie del fegato

si

no

Epatite A/B/C (ittero)

Affezione parossistica (epilessia)

Affezioni tiroidee

Insufficienza renale

Creutzfeldt-Jakob

Tumore/carcinoma/cancro

si

no

Altre indicazioni/altre patologie

Il Suo medico di famiglia:

Nome

Recapito

Telefono

Studio dentistico incaricato del trattamento preli-minare*

Nome

Recapito

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?

☐ si

☐ no

Data dell'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

☐ si

☐ no

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