

Studio Medico Dentistico Castelli
viale delle Nazioni 117/b, Marina di Ravenna
tel. 0544-531804

Cognome e Nome.....
data di nascita.....a.....()
residente in via.....n°.....cap.....
località.....C.F.....
professione.....
tel casa.....tel lavoro.....cell.....
come è venuto a conoscenza del nostro studio?.....

Le risposte servono solo per la nostra documentazione e saranno considerate riservate.
Barrare la risposta da considerare:

ANAMNESI MEDICA:

-ha mai sofferto o soffre di:

• Disturbi cardiaci	SI NO
• Svenimenti	SI NO
• Pressione alta	SI NO
• Malattie reumatiche	SI NO
• Emofilia	SI NO
• Diabete	SI NO
• Epilessia	SI NO
• Ulcera gastrica o duodenale	SI NO
• Disturbi tiroide	SI NO
• Asma	SI NO
• Disturbi renali	SI NO
• Malattie del fegato	SI NO
• Ha ghiandole linfatiche ingrossate o dolenti	SI NO
• Osteoporosi	SI NO
• Nevralgie	SI NO
• Epatite virale	SI NO
• Sieropositività AIDS	SI NO
• Tubercolosi	SI NO
• Prende regolarmente farmaci	SI NO
se si quali.....	

• E' allergico a qualche farmaco/materiale	SI NO
se si quale.....	
• Cure a base di anticoagulanti (Aspirina, Cumadin ecc..)	SI NO
• Cure a base di cortisone	SI NO
• Terapie radianti	SI NO
• Terapie con Bifosfonati o antitumorali	SI NO
• Assume psicofarmaci	SI NO
• Quando si taglia tende a sanguinare molto	SI NO

FIRMA.....

- E' dedito all'uso di sostanze stupefacenti SI NO
- Ha qualche genitore affetto da malattie delle gengive SI NO
- Le è mai stata praticata l'anestesia locale odontoiatrica SI NO
- se si ha avuto problemi?.....
- Ha avuto emorragie dovute a estrazioni e/o ad
interventi chirurgici precedenti SI NO

ANAMNESI GENERALE:

- Si è sottoposto ad esami radiografici nell'ultimo anno SI NO
- se si quali.....
- E' in stato di gravidanza SI NO
- Assume anticoncezionali orali SI NO
- E' fumatore SI NO
- se si in che quantità: meno di 5/giorno, 5-10/giorno, 10+/giorno

• adopera il filo interdentale:
mai saltuariamente spesso molto spesso sempre

• Quante volte al giorno spazzola i denti:
dopo ogni pasto due volte al giorno una volta al giorno mai

• Ha paura del dentista:
molta poca nessuna

• Quanto tempo è trascorso dalla sua ultima visita dal dentista:
più di un anno 6/12 mesi 1/6 mesi non ricordo

ANAMNESI ODONTOIATRICA:

• Soffre di dolori spontanei ai denti SI NO
Se sì: durante il giorno di notte sempre occasionalmente

•Se sì: Quale è la causa principale del dolore
masticazione dolce acido caldo freddo

• Ha problemi di gonfiore SI NO
Se sì: saltuariamente spesso molto spesso

• Le sue gengive sanguinano SI NO
Se sì: molto facilmente durante lo spazzolamento durante il passaggio del filo

FIRMA.....

- I suoi denti sono sensibili SI NO
 - Soffre di mobilità dentaria SI NO
 - Soffre di dolori articolari alla mandibola SI NO
- Se sì: in apertura/chiusura della bocca sbadigliando
durante/dopo la masticazione

- Digriena (stringe) e/o bruxa (striscia) i denti SI NO
- Se sì: durante il giorno di notte sempre occasionalmente

RACCOMANDAZIONI PARTICOLARI:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

DATA..... FIRMA.....
(se minorenni di un genitore o di chi ne fa le veci)