



## MODULO RACCOLTA DATI E CONSENSI

### DATI ANAGRAFICI

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

VIA-PIAZZA \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO \_\_\_\_\_ PROFESSIONE \_\_\_\_\_

TEL. ABITAZ. \_\_\_\_\_ TEL. UFF. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

COD. FISCALE \_\_\_\_\_ MEDICO DI BASE \_\_\_\_\_

Chi l'ha inviata presso il nostro studio ? \_\_\_\_\_

Ha una copertura assicurativa per le cure dentarie ? \_\_\_\_ Quale ? \_\_\_\_\_

Sono consapevole che le terapie odontoiatriche possono comportare dei rischi, pertanto se sarò sottoposto a dei trattamenti rimane inteso che saranno effettuati con il mio assenso consapevole.

Il corrispettivo per le cure che riceverò presso lo studio può essere convenuto preventivamente mediante richiesta di un preventivo, in mancanza del quale, dichiaro di accettare le tariffe dello studio.

Sono consapevole dell'importanza che le mie risposte alle seguenti domande hanno per la tutela della mia salute e per la miglior realizzazione delle terapie eventualmente svolte in questo studio.

Le informazioni riportate in questo modulo sono coperte dalle leggi vigenti in materia di tutela della privacy. Si intende che esse saranno accessibili, nell'interesse del paziente, al dott. P. Serafini, come ai suoi collaboratori ed al personale dello studio.

1) Soffre di problemi della coagulazione ? \_\_\_\_\_

2) Soffre di aterosclerosi ? \_\_\_\_\_

3) Soffre di LES o di altre malattie autoimmuni ? \_\_\_\_\_

4) Soffre di diabete ? \_\_\_\_\_

5) Soffre di altre patologie endocrine ? \_\_\_\_\_

6) E' in gravidanza ? \_\_\_\_ Che mese ? \_\_\_\_\_

7) Soffre di ipertensione ? \_\_\_\_\_

8) Quale farmaci assume per questo motivo ? \_\_\_\_\_

9) Soffre di patologie cardiache ? \_\_\_\_\_

10) Quale farmaci assume per questo motivo ? \_\_\_\_\_

11) E' portatore di protesi cardiache o vascolari ? \_\_\_\_\_

12) Soffre di osteoporosi ? \_\_\_\_\_

13) Assume od ha mai assunto bifosfonati (Aredia, Actonel, Didronel, Boniva, Zometa, Fosomax, Skelid, ecc) ? \_\_\_\_\_

14) E' portatore di protesi ossee (es. anca, ginocchio, ecc) ? \_\_\_\_\_

15) Soffre di allergie a farmaci ? \_\_\_\_\_

16) Se si quali ? \_\_\_\_\_

17) Soffre di anemia ? \_\_\_\_\_

18) Fuma ? \_\_\_\_ Se si quante sigarete al giorno ? \_\_\_\_\_

Per quale motivo è venuto nel nostro studio ? \_\_\_\_\_

Cosa si aspetta di risolvere ? \_\_\_\_\_

A quando risale l'ultima visita da un dentista ? \_\_\_\_\_

Quanto è importante per lei l'aspetto estetico ? \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

19) Fa uso di alcolici ? \_\_\_\_\_

20) Fa uso di stupefacenti ? \_\_\_\_\_

21) Ha mai avuto problemi con le anestesie ? \_\_\_\_\_

22) E' mai stato affetto da un tumore ? \_\_\_\_\_

23) Sta effettuando od ha effettuato una chemioterapia ? \_\_\_\_\_

24) Sta effettuando od ha effettuato una radioterapia ? \_\_\_\_\_

25) Sta assumendo cortisonici ? \_\_\_\_\_

26) Soffre di patologie epatiche ? \_\_\_\_\_

27) Se si specificare quali (es. Epatite B, Epatite C ecc) \_\_\_\_\_

28) E' positivo al test per l' HIV ? \_\_\_\_\_

29) Assume farmaci antidepressivi o ansiolitici ? \_\_\_\_\_

30) Se si specificare quali \_\_\_\_\_

31) Deve evitare qualche farmaco per qualsiasi ragione ? \_\_\_\_\_

32) Se si specificare quali \_\_\_\_\_

33) Deve assumere qualche farmaco con regolarità ? \_\_\_\_\_

34) Se si specificare quali \_\_\_\_\_

.....  
FIRMA