

Ai sensi del D.Lgs 196/2003 riguardante “La tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali” Vi informiamo che i dati da noi rilevati e che Vi riguardano sono raccolti nella piena tutela dei Vostri diritti e degli obblighi di riservatezza. Vi chiediamo il consenso al trattamento dei Vostri dati personali ai fini di diagnosi e cura, nonché il permesso di documentare la sequenza del Vostro trattamento con fotografie che possono essere mostrate ad altri specialisti in conferenze e consultazioni d’equipe a scopo didattico e scientifico.

Nome e Cognome	
Luogo di nascita	Data di nascita
Indirizzo	
Città	CAP
Tel. casa	Cellulare
Altro recapito	Email
Fondo Assistenza Sanitaria	
N° tessera	Bergamo Social Card
L'appartenenza a Fondi di Assistenza Privata o Assicurazioni Mediche o Bergamo Social Card devono essere <u>comunicate all'atto della prima visita</u> . Comunicazioni successive non potranno essere gestite né in forma diretta né in forma indiretta, pertanto i relativi onorari verranno saldati direttamente dal paziente e non potrà essere emessa alcuna documentazione per i Fondi Assicurativi.	
Scuola frequentata	Sport praticato
Occupazione genitori	
Nome Pediatra	Nome Dentista
Motivo principale della visita specialistica	
Chi ha consigliato questo studio?	
Giorni e orari preferiti per gli appuntamenti	

ANAMNESI GENERALE	
Allergie a	Diabete
Malattie infettive (epatite A-B-C, HIV)	Problemi emotivi/comportamentali
Malattie del fegato	Problemi cardiaci
Asma	Malattie renali
Mal di testa	Malattie reumatiche
Problemi udito, fonetici o visivi	Malattie dermatologiche
Problemi ossei- labiopalatoschisi	Malattie endocrine
Malattie del sangue (anemia)	Malattie cerebrali/epilessia
Cure dentarie degne di nota	

ANAMNESI ORTODONTICA					
Ha mai avuto sensazioni fastidiose a carico della faccia, orecchie, occhi o rigidità del collo?			SI	NO	
Ha mai avuto disturbi o rumori all'articolazione temporo-mandibolare?			SI	NO	
Ha mai avuto dolori all'apertura della bocca?			SI	NO	
Ha mai avuto dolori alla chiusura della bocca?			SI	NO	
Ha ereditato caratteristiche facciali o dentali (mandibola piccola o grande, affollamento, mancanza di denti) da altri familiari?			SI	NO	
Ha evidenziato un'accelerazione della crescita?			SI	NO	
Succhia il pollice o il ciuccio?			SI	NO	
Tende a digrignare i denti durante il giorno o di notte?			SI	NO	
Usa abitualmente il filo interdentale oltre allo spazzolino?			SI	NO	
Quante volte al giorno lava i denti?			1 volta	2 volte	
			3 volte	A ogni pasto	
Come definirebbe il suo grado di collaborazione?			Buono	Scarso	
Ha carie o pigmentazioni dei denti? Sensibilità a caldo, freddo o zucchero?			SI	NO	
Ha infiammazioni o sanguinamento gengivale?			SI	NO	
E' stato recentemente dal dentista? Se sì quando?			SI	NO	
Sono state eseguite radiografie? Quali?			SI	NO	
DIAGNOSI DI RESPIRAZIONE ORALE					
GENERALE			DI GIORNO		
Tonsilliti/adenoiditi	SI	NO	Bocca aperta	SI	NO
Sinusiti/allergie	SI	NO	Suda molto	SI	NO
Otiti	SI	NO	Beve spesso	SI	NO
DI NOTTE			Stanchezza	SI	NO
Sonno agitato	SI	NO	Difficoltà a concentrarsi	SI	NO
Sete	SI	NO	Inappetenza	SI	NO
Sudorazione	SI	NO	Difficoltà alla masticazione	SI	NO
Russamento	SI	NO	Irregolarità dell'alvo	SI	NO
Apnee	SI	NO	Epistassi	SI	NO
Aumentata salivazione	SI	NO	Difficoltà a soffiarsi il naso	SI	NO
Altro (enuresi)	SI	NO	Alterazioni del gusto	SI	NO