

Modulo di registrazione del paziente

Cognome: _____ Nome: _____
 Data di nascita: _____ Nazionalità: _____
 Paese/Città di origine: _____
 Conoscenza linguistica: _____

Solo per minori

Tutore legale

Cognome: _____ Nome: _____
 Data di nascita: _____ Nazionalità: _____

Dati di contatto

Numero di telefono / cellulare: _____
 E-Mail: _____
 Indirizzo attuale (via/n°/città): _____
 N° tel. traduttore/interprete _____

Risponda alle seguenti domande sulla salute nel modo più preciso possibile!

I dati sono soggetti al segreto medico e alle norme sulla protezione dei dati.

Malattie cardiache / vascolari	☐ sì	☐ no
Disturbi della coagulazione	☐ sì	☐ no
Epilessia (convulsioni)	☐ sì	☐ no
Asma / malattie polmonari	☐ sì	☐ no
Svenimenti	☐ sì	☐ no
Diabete	☐ sì	☐ no
Malattie del fegato / Epatite	☐ sì	☐ no
Malattie renali	☐ sì	☐ no
Reumatismi / Artrite	☐ sì	☐ no
Malattie della tiroide	☐ sì	☐ no
Tubercolosi	☐ sì	☐ no
Infezione da HIV / AIDS	☐ sì	☐ no
Malattie infettive (es. MRSA)	☐ sì	☐ no
Dipendenza da droghe	☐ sì	☐ no
Fumatore/trice	☐ sì	☐ no

È incinta?

Se sì, a che mese? mese ☐ sì ☐ no

Altre malattie:

☐ sì ☐ no

Allergie e intolleranze:

Anestesia locale / iniezioni ☐ sì ☐ no

Antibiotici ☐ sì ☐ no

Antidolorifici ☐ sì ☐ no

Altro: _____

Le sono già state eseguite radiografie dentali?

☐ sì ☐ no

Se sì, quando? _____

Ha difficoltà a masticare per la mancanza di denti?

☐ sì ☐ no

Ha già visitato un medico di base?

☐ sì ☐ no

Se sì, quale medico? _____

Quali farmaci assume regolarmente o attualmente? _____ da _____

_____ da _____

_____ da _____

_____, data _____ Firma: _____