

Dott. Andrea Ragnetti
Odontoiatra

d. fiscale via borghetto di brugnetto n 1
fr brugnetto 60012 trecastelli AN
Via Don Minzoni, 3
60010 Ostra (AN)
Tel. 071-68054
Partita Iva 01323700425

ANAMNESI Paziente

Cognome	Nome	
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Indirizzo	CAP	Città
		Prov.
Tel. Abitazione	Tel. Ufficio	Cellulare
Professione	Cod. Fiscale	
E-Mail	Tessera Sanitaria	

La prego di rispondere con precisione alle domande, la presente cartella è strettamente riservata e coperta da segreto professionale.

Medica

Attualmente e in stato di buona salute	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ah avuto malattie gravi o int chirurgici	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Sta facendo cure mediche	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
problemi con anestesia dentale	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
fuma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
beve alcolici	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
prende anticoncezionali orali	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
E' in stato interessante	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
E' donatore di sangue	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Frequenta/va gruppi a rischio AIDS	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Dentale

Prima visita o visita di controllo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Quante volte spazzola i denti al giorno	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dolore dei denti	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Infiammazione e sang gengivale	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Incidente o trauma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Digrignamento o serramento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Altro	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Malattie

Malattiedi cuore	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Rischio endocardite infettiva	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Pressione alta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Allergie	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Diabete	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Epatite virali	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Malattie del fegato	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Malattie della tiroide	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Malattie dello stomaco e t digerente	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Malattie polmonari	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Malattie veneree	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Malattie nervose depressive	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Malattie del sangue ed emorragie	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Altre malattie non elencate	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Farmaci Assunti

Ulteriori Annotazioni
