

QUESTIONARIO SULLA SALUTE SECONDO LA RACCOMANDAZIONE DELLA FDI

Il paziente deve compilare personalmente il Questionario accerchiando SI o NO. Per eventuali incomprensioni chiedi chiarimenti. I dati sono segreti e servono solo a fini medici.

Data di compilazione del Questionario		Sesso: F M	Nome e cognome
Indirizzo		Data di nascita	
Professione	Tel	Cell	
Indirizzo e-mail		Codice fiscale	

Per quale tipo di servizio è interessato/a?
(Può scegliere anche più risposte)

1. Impianti
2. Corone
3. Faccette
4. All-on-4
5. Endodonzia
6. Ponti
7. Altro

3. Ho avuto buone referenze su di voi da parte dei conoscenti
4. Sono qui per turismo e ho approfittato anche per una visita dentale
5. Altri motivi (elencare quali)

È già stato/a in Croazia?

1. Sì, ho vissuto in Croazia
2. Sì, sono stato/a in vacanza almeno una volta
3. Sì, vengo spesso in Croazia
4. No, questa è la prima volta

In base ai quali criteri ha deciso di venire nella nostra clinica dentale e non andare da altri dentisti?
(Può scegliere anche più risposte)

1. Prezzo concorrenziale e più basso degli altri
2. Perché credo nella qualità del vostro lavoro

Nel caso di risposta affermativa alla domanda precedente, potrebbe cortesemente scrivere quando e con che frequenza veniva nel nostro paese?

LA PREGHIAMO DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE:

1. Soffre di qualche malattia?	NO	SI
Se sì, di quale?		
2. Negli ultimi due anni è stato in cura dal medico?	NO	SI
Se sì, di quale malattia?		
3. Nome e cognome e telefono del Suo medico	NO	SI
4. Quali medicine prende – saltuariamente o permanentemente?		
5. Ha mai avuto (o Lei o il membro della famiglia) complicazioni dell'anestesia locale o generale?	NO	SI
6. È allergico/a a qualche medicina o altro?	NO	SI
7. Ha mai avuto qualche problema con la coagulazione del sangue?	NO	SI
8. Ha qualche malattia infettiva?	NO	SI
9. Fuma?	NO	SI
Se sì, quanto?		
10. E HIV sieropositivo?	NO	SI
11. E tossicodipendente?	NO	SI
Se sì, di quali narcotici?		
12. Ultimamente è stato/a sottoposto/a alla terapia con bifosfonati?	NO	SI

PER LE DONNE

13. È incinta?	NO	SI
Se sì, quando deve partorire?		

ACCERCHI MALATTIE (STATI) AVUTE O AVENTI:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Difetti alle valvole del cuore | <input type="checkbox"/> Endocardite | <input type="checkbox"/> Epilessia | <input type="checkbox"/> Epatite virale |
| <input type="checkbox"/> Vizi cardiaci congeniti | <input type="checkbox"/> Tosse permanente | <input type="checkbox"/> Ghiandole ingrossate | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Broncoectasia | <input type="checkbox"/> TBC (tubercolosi) | <input type="checkbox"/> Ulcera gastrointestinale | <input type="checkbox"/> Leucemia |
| <input type="checkbox"/> Malattie tiroidee | <input type="checkbox"/> Artrite | <input type="checkbox"/> Pressione alta | <input type="checkbox"/> Mughetto (stomatite candidosica) |
| <input type="checkbox"/> Diabete | <input type="checkbox"/> Valvole artificiali cardiache | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Espettorato cronico polmonare |
| <input type="checkbox"/> Sinusite | <input type="checkbox"/> Pacemaker cardiaco | <input type="checkbox"/> Pressione oculare elevata, glaucoma | |
| <input type="checkbox"/> Tumore maligno (cancro) | <input type="checkbox"/> Cure psichiatriche | <input type="checkbox"/> Malattie veneree | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosi | <input type="checkbox"/> Caduta dei capelli | <input type="checkbox"/> Disturbi allergici | |

La preghiamo di scrivere il nome della malattia che ha, e non è elencata nel Questionario

FIRMA

CONTROLLATO DA