

Benvenuto/a nel nostro studio

La preghiamo di rispondere alle seguenti domande. Queste ci daranno informazioni sul suo stato di salute generale e sui suoi bisogni. Le risposte sono di grande importanza per un trattamento di successo e senza rischi. Tutte le informazioni sono soggette al segreto medico. Grazie mille.

Cognome: _____ Nome: _____

Via/Nr.: _____ CAP, Luogo di residenza: _____

Data di nascita: _____ E-Mail: _____

Numero di cellulare: _____ Numero di telefono fisso: _____

Occupazione: _____

Unità di costo: Auto pagante Assistenza sociale Prestazioni complementari

Assicurazione sanitaria: _____ Medico di famiglia: _____

Motivo della consultazione:

Consigliato da:

Desidera la corrispondenza (fatture/stime di spesa): per posta per posta elettronica

Il vostro stato di salute e l'assunzione di farmaci possono avere un'influenza sul trattamento dentale. Vi chiediamo quindi di compilare le seguenti domande in modo veritiero.

	SÌ	NO
È stato in ospedale o sotto trattamento medico negli ultimi 3 mesi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prende regolarmente dei farmaci?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Se sì, quali?</i> _____		
Prende degli anticoagulanti o soffre di un disturbo del sangue?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soffre di una malattia cardiovascolare (es. endocardite, angina pectoris)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La sua pressione sanguigna è elevata?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha o ha mai avuto una delle seguenti malattie infettive?		
<i>Epatite (Se sì, quale? _____)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>HIV</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Tubercolosi</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha mai avuto una reazione insolita (allergia, ecc.) agli alimenti, iniezioni, farmaci o materiali dentali?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Se sì, quali?</i> _____		

Bitte füllen Sie auch die Fragen auf der Rückseite aus ->

	SÌ	NO
Ha mai dovuto sottoporsi a radioterapia e/o chemioterapia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Porta protesi articolari, pacemaker o altri impianti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soffre di una malattia metabolica (per esempio: malattia della tiroide o diabete)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soffre di epilessia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha una malattia del fegato o dei reni?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soffre di reumatismi o osteoporosi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fuma? <i>Se sì, quanto?</i> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soffre di alito cattivo o alitosi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Digrigna i denti o ha problemi di articolazione temporomandibolare (ATM)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
È soddisfatto dell'aspetto dei suoi denti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soffre di ansia da dentista?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Per le donne: È attualmente incinta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Consenso all'elaborazione/trasmissione dei dati

Con la vostra firma confermate di aver compilato il presente questionario in modo veritiero e acconsentite al trattamento dei vostri dati, all'accesso ai dati da parte del dentista e alla trasmissione dei dati a terzi (ad es. altri medici, compagnie assicurative, autorità, laboratori odontotecnici, fornitori di software, fornitori di servizi informatici, fornitori di servizi finanziari e altri). Inoltre, date il vostro consenso a liberare il dentista dal segreto professionale per far valere la sua richiesta di onorario.

Accettate che la comunicazione diretta tra lo studio dentistico e voi in merito a questioni amministrative e odontoiatriche possa avvenire tramite comunicazioni e-mail non criptate. Siete consapevoli dei rischi connessi e comprendete che le e-mail non criptate non sono sicure e che vi è il rischio che tali e-mail possano essere lette da terzi non autorizzati.

Con la vostra firma confermate di aver preso atto delle informazioni dettagliate sulla protezione dei dati presso Schütz Dental contenute nel foglio informativo "Informazioni per i pazienti sul trattamento dei dati personali" (affisso nella sala d'attesa e disponibile sul sito internet dello studio) e di acconsentire al trattamento/trasmissione dei vostri dati.

La nostra tariffa è di 1,25 franchi.

Gli appuntamenti concordati sono vincolanti. Se non può rispettare un appuntamento, la preghiamo di comunicarcelo con almeno 24 ore di anticipo. Gli appuntamenti non disdetti in tempo verranno addebitati.

Vi ringraziamo per la vostra preziosa collaborazione e la vostra fiducia!

Data:

Firma: