

SCHEDA INFORMATIVA ANAGRAFICA PER PAZIENTI MINORENNI

DATI DEL PAZIENTE

Cognome e Nome _____

Luogo e Data di nascita _____ / ____ / ____

Indirizzo _____ C.A.P. _____ Comune _____
Prov. _____

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Medico di base _____

Il paziente vive con entrambi i genitori? **SI** **NO**

DATI DEI GENITORI O DEI LEGALI RAPPRESENTANTI

Gen. 1 _____	Tel/cell _____	Occupazione _____
Gen 2 _____	Tel/cell _____	Occupazione _____
Tutore legale _____	Tel/cell _____	Occupazione _____

Primo dente all'età di _____

Traumi importanti _____

Ricoveri ospedalieri _____

Anamnesi (spuntare solo le caselle interessate)

	Cefalee
	Ha già fatto anestesie
	Soffre di disturbi all'articolazione temporo-mandibolare
	Soggetto o familiari soggetti ad Herpes Virus
	Ha fatto le vaccinazioni previste dal Piano Sanitario Nazionale
	È od è stato seguito da logopedista dott. _____
	È od è stato seguito da otorinolaringoiatra dott. _____



Abitudini

	Bruxismo
	Mordere oggetti
	Disturbi alimentari
	Ha utilizzato ciuccio/biberon <i>specificare fino a che età</i> _____

Allergie

	A farmaci (specificare a quali) _____
	A monomeri (resina, lattice...)
	A metalli (cromo/nichel)
	Al polline
	Inconvenienti durante l'anestesia

Malattie infettive

	HIV
	Epatite virale B
	Epatite virale C
	Toxoplasmosi
	Sifilide
	Mononucleosi
	Altre malattie _____

Terapie farmacologiche in atto _____

Malattie di rilievo _____

Disturbi del neurosviluppo/apprendimento _____

Medici e/o Specialisti per problematiche di salute _____

Data _____

Genitore/tutore legale _____

Genitore/tutore legale _____

