



Equipe Dentale Lucerna

Clinica Dr. Schulte
Winkelriedstrasse 37
6003 Lucerna – Tel. 041 210 58 58
www.ztlu.ch

Zahnarzt Team Luzern

Questionario medico per bambini

La preghiamo gentilmente di compilare accuratamente il seguente questionario anamnestico. Tutti i dati saranno trattati con la massima riservatezza.

Bambino/a: Cognome: _____ Nome: _____ Data di nascita: _____

Rappresentante legale: Cognome: _____ Nome: _____

Via: _____ CAP/Luogo di residenza: _____

Telefono abitazione: _____ Telefono lavoro: _____

Cellulare: _____ E-Mail: _____ @ _____

Desidera ricevere la corrispondenza (richiamo / fatture / preventivi) tramite email? sì no

Desidera ricevere un promemoria la vigilia del suo appuntamento : sì, per email sì, per SMS no

Raccomandato o inviato da: _____

Percepisce sussidi sociali? (AI, prestazioni complementari) sì no

Suo figlio ha attualmente un mal di denti acuto? sì no

Nel passato suo figlio è già stato trattato da un dentista? sì no

Ha avuto esperienze negative in merito al dentista? sì no

Ha mai subito un trauma dentario (incidente)? sì no

Alimentazione

Suo figlio mangia molti dolci? sì no

Ha bevuto o beve dal biberon? sì no

Se sì, che cosa? _____ Per quanto tempo / ancora? _____

Ha succhiato molto il pollice? sì no

Peso attuale in kg _____

Domande mediche

Pediatra curante, Nome e luogo _____

Suo figlio ha delle malattie congenite? sì no

(se sì, quali)? _____

È stato recentemente in cure mediche? sì no

Se sì, per quale ragione? _____

Prende regolarmente dei medicinali?

Se sì, quali e con quale dosaggio? _____

Si prega di compilare anche la seconda pagina di questo modulo

Suo figlio soffre di una delle seguenti patologie?

Vizio cardiaco o altra malattia cardiaca sì no

Se sì, quale? _____

Allergie:

Suo figlio ha delle allergie? sì no

Se sì, a che cosa è allergico? _____

Ha un passaporto delle allergie? sì no

Soffre di asma o raffreddore da fieno? sì no

Malattie del sangue o infettive

Coagulopatia, emofilia sì no

Se sì, di quale tipo? _____

Suo figlio ha mai avuto un'emorragia in seguito ad un trattamento dentale? sì no

HIV / AIDS sì no

Epatite A / B / C sì no

Se sì, quando è stata diagnosticata? _____

Altre malattie

Diabete sì no

Epilessia sì no

Tumori, Leucemia sì no

Se sì, di quale tipo e quando? _____

Altre malattie non menzionate? sì no

Se sì, quale? _____

Attenzione. Dopo la somministrazione di sedativi o in seguito ad un'anestesia totale suo figlio deve essere tenuto sotto osservazione per almeno 6 ore. Non lasciatelo incustodito per evitare il rischio di incidenti.

Data: _____

Firma del rappresentante legale: _____