

ALLEGATO N. 2 – QUESTIONARIO PER CURE DENTARIE DA MALATTIA

NOME / COGNOME: _____ DATA DI NASCITA: _____

VIA/PIAZZA: _____ N. _____ CAP: _____

LOCALITA': _____ PROV: _____ TEL: _____

Attualmente è in trattamento medico: SI ☐ NO ☐

Se sì, per quale motivo: _____

Ha attualmente o ha avuto gravi malattie(es. Diabete)? SI ☐ NO ☐

Se sì, quale? _____

Assume regolarmente farmaci: SI ☐ NO ☐

Se SI indicare il nome del farmaco: _____

Motivo: _____

Soffre di allergia: SI ☐ NO ☐

Se SI indicare quale: _____

Accusa di frequente dolori alla testa o al volto: SI ☐ NO ☐

Prova dolore aprendo e chiudendo la bocca masticando: SI ☐ NO ☐

Per paziente di sesso femminile:

E' in stato di gravidanza: SI ☐ NO ☐ NON SO ☐

Se SI, indicare a quale mese: _____

Prende la pillola anticoncezionale: SI ☐ NO ☐

Terapie Odontoprotesiche Preesistenti
(a cura dell'odontoiatra curante)

Esame obiettivo:

Stato igiene orale: Buono ☐ Sufficiente ☐ Insufficiente ☐

Malattia parodontale: SI ☐ NO ☐

Se SI Media ☐ Grave ☐

Sup. dx ☐ Sup. front. ☐ Sup.sx ☐

Inf. dx ☐ Inf. front. ☐ Inf. Sx ☐

Malocclusione: 1^a classe ☐ 2^a classe ☐ 3^a classe ☐

1^a divisione ☐

2^a divisione ☐

Cure:

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

Protesi:

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

ORTODONZIA:

ALTRO:

N.B. Specificare lo stato di usura dei manufatti protesici esistenti:

buono ☐ sufficiente ☐ insufficiente ☐

Data _____ Eseguito dal Dott. /Prof. _____

(firma e timbro)