



Dati del bambino:

Cognome: _____ Nome _____ Codice Fiscale: _____

Nato/a a: _____ il ____ / ____ / ____ Residente in P.zza/Via: _____ Città _____

Contatti:

T. cellulare: _____ T. casa _____ E-mail _____

Pediatra: _____ Inviato da: _____

Motivo della visita: _____

Particolari situazioni familiari da segnalare: _____

Pregresse esperienze odontoiatriche positive o negative: _____

ANAMNESI GENERALE

E' in buone condizioni di salute?	SI NO	Soffre di diabete?	SI NO
Ha avuto in passato malattie gravi o interventi? Se sì, quali e a che età _____	SI NO	Soffre di malattie del sangue? (anemia, ecc...)	SI NO
Assume abitualmente dei medicinali? Se sì, quali _____	SI NO	Ha malattie dell'apparato digerente?	SI NO
Ha problemi allergici? Se sì, quali? _____	SI NO	Ha malattie polmonari? (asma, broncospasmo, ecc...) .	SI NO
Ha malattie nervose? (epilessia, ecc) Se sì, quali? _____	SI NO	Ha avuto qualche conseguenza in seguito alla assunzione di anestetici, antibiotici o antidolorifici?	SI NO
Ha malattie infettive? (epatite, HIV, ecc...)	SI NO	Soffre di otiti ricorrenti?	SI NO
Soffre di intolleranze alimentari? Se sì, quali? _____	SI NO	Segue una dieta particolare? Se sì, quale? _____	SI NO
Altre malattie non elencate: _____			
Ha bevuto il latte materno? Se sì, fino a che età _____	SI NO	A quale età ha smesso di usare il ciuccio o succhiare il dito?	Età
Ha l'abitudine di bere o mangiare prima di coricarsi?	SI NO	Si lava i denti da solo?	SI NO

ANAMNESI DENTALE

Ha sofferto o soffre di:

Dolore o sensibilità ai denti?	SI NO	Paura delle cure dentali?	SI NO
Sanguinamento gengivale?	SI NO	Ha subito dei traumi dentali e/o incidenti?	SI NO
Difficoltà alla masticazione?	SI NO	Ha sonnolenza durante il giorno?	SI NO
Dolori alla testa o al collo?	SI NO	Avete l'impressione abbia apnee notturne?	SI NO