



Compili cortesemente questo modulo scrivendo le risposte e contrassegnando con una X le risposte prestampate.

Le risposte al presente questionario sono strettamente riservate [legge 196/03] e legate al vincolo del segreto professionale. Ogni risposta non sincera costituisce un rischio per Lei, per i Medici e per tutto il Personale dello Studio ed ostacola la miglior riuscita delle cure.

Cognome _____ Nome _____

PATOLOGIE	DESCRIZIONE	
Il suo Medico di Famiglia		
Soffre di qualche malattia particolare?	SI	NO
Assume farmaci? <i>Se sì, quali?</i>	SI	NO
Soffre di osteoporosi?	SI	NO
Assume bifosfonati?	SI	NO
Soffre di malattie del cuore?	SI	NO
Soffre di pressione alta?	SI	NO
Soffre di pressione bassa?	SI	NO
Soffre di diabete?	SI	NO
Soffre di malattie del fegato?	SI	NO
Soffre di epatite virale?	SI	NO
Soffre di malattie dei reni?	SI	NO
Soffre di disturbi della tiroide?	SI	NO
Soffre di asma o malattie allergiche?	SI	NO
È allergico ad anestetici o altro?	SI	NO
Soffre di malattie del sangue?	SI	NO
È positiva/o al test per AIDS?	SI	NO
Fa uso di stupefacenti?	SI	NO
Fa un uso eccessivo di alcolici?	SI	NO
Fuma?	SI	NO
Soffre di tubercolosi?	SI	NO
Ha un Pacemaker?	SI	NO
È in gravidanza?	SI	NO
Ritiene di poter essere all'inizio di una gravidanza (Alcuni farmaci possono interferire sull'effetto di prodotti anticoncezionali)	SI	NO

Data	Firma del paziente	Firma del medico	Nota a cura dell'operatore ASO