

## Dettagli personali/ Questionario di salute

Le informazioni richieste sono sottoposte al segreto medico

u<sup>b</sup>

<sup>b</sup>  
UNIVERSITÄT  
BERN

Per favore scrivere in stampatello!

Cognome ..... Nome .....  
Via ..... Località .....  
Data di nascita    **Giorno** .....    **Mese** .....    **Anno** .....  
**Telefono**    **Privato** .....    **Ufficio** .....    **Mobile** .....  
E-mail .....

**Nazionalità** .....    **Carta d'identità per stranieri**    **A**     **B**     **C**     **L**     **N**   
**Professione** .....    **Datore di lavoro** .....

**Se si tratta di bambini**  
*Nome e cognome dei tutori* .....

**Assicurazione** .....    **Nr. della polizza** .....

**Il medico curante** .....    **Nome del dottore di famiglia** .....

1. Si sente sano momentaneamente?    si  no
2. È stato in trattamento medico ultimamente?    si  no
3. Prende regolarmente dei medicinali?    si  no   
*Se si quali?* .....
4. Ha mai avuto una grave Infezione?    si  no
5. Ha avuto l'epatite?    **A**     **B**     **C**     si  no
6. Ha già fatto un HIV- test ?    si  no   
*Se sì, è risultato positivo?*    si  no
7. Tende ad essere allergico?    si  no   
*Ha un documento che attesti le sue allergie?*    si  no
8. Ha tendenza a sanguinamenti prolungati?    si  no
9. Prende anticoagulanti ?    si  no
10. Soffrite o avete sofferto in pasato di una delle seguenti malattie?
- |                                  |   |                                 |   |
|----------------------------------|---|---------------------------------|---|
| Difetti cardiaci e/o circolatori | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | Soffrite di problemi renali     | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Avete un By-pass                 | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | Soffrite di difetti ghiandolari | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Soffrite di ipertensione         | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | Soffrite di epilessia           | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Soffrite di attacchi d'apoplezia | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | Soffrite di cataratta           | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Soffrite di affezioni pulmonari  | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | Soffrite di diabete             | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
11. Necessita della profilassi per l'endocardite?    si  no
12. Soffre o ha sofferto di malattie qui non menzionate?    si  no   
*Se si, quali?* .....
13. Avete già avuto un incidente durante un trattamento dentario?    si  no
14. Siete un fumatore?    si  no   
*Se sì, da quando e quante sigarette al giorno?* .....
15. Bevete regolarmente alcolici?    si  no   
*Se sì, quanto?* .....
16. Fate uso di sostanze stupefacenti?    si  no   
*se sì, quanto e quale?* .....
12. Siete in stato di gravidanza?    si  no   
*Se sì, da quanti mesi?* .....

In caso di cambiamenti del vostro stato di salute siete obbligati ad informare il medico dentista.

### Autorizzazione e procura

Io autorizzo:

- il mio medico curante a richiedere in visione gli atti medici che mi riguardano e ad inoltrare i miei dati necessari alla fatturazione agli uffici e alle casse responsabili
- l'utilizzo e la pubblicazione dei miei dati raccolti durante il trattamento in forma anonima a scopo di ricerca (per esempio tesi di master o di dottorato)

Data: .....

Firma: .....