



Anamnesi generale

Malattie dell'infanzia

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Morbillo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Varicella
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Rosolia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	VI malattia
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Diabete	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Pertosse
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Allergie se si specifica quale tipo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Adenoidi o tonsilliti se si specifica
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Il bambino/a sta assumendo farmaci? se si specifica quali			
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Il bambino/a è mai stato ricoverato per cure o traumi in ospedale o casa di cura? se si specifica per quale motivo			

DATA _____

LUOGO _____

Firma del genitore





Anamnesi Odontoiatrica

Quale è il motivo della visita?	URGENZA <input type="checkbox"/>	CONTROLLO <input type="checkbox"/>	ALTRO <input type="checkbox"/>
---------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------

A che età è comparso il primo dente deciduo?

A che età è comparso il primo dente permanente?

Esistono abitudini orali quali:

Utilizzo del ciuccio oltre i 3 anni?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Suzione di un dito oltre i 5 anni?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Uso del biberon oltre i 6 anni?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Respirazione orale?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------------	--------------------------------

Deglutizione atipica?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------------	--------------------------------

Quando ha fatto l'ultima visita dal dentista?	SEI MESI <input type="checkbox"/>	UN ANNO <input type="checkbox"/>	OLTRE <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Ha effettuato delle cure di recente? se si specifica quali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	--------------------------------

Ha già fatto l'anestesia dal dentista?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	--------------------------------

Ha già fatto degli esami radiografici dal dentista?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	--------------------------------

DATA _____

LUOGO _____

FIRMA DEL GENITORE

