

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____ Tel. Casa _____

Città _____ prov. _____ C.a.p. _____ Tel. Lavoro _____

Professione _____ Tel. Cellulare _____

Nato/a il _____ a _____ Inviato da _____

Ha mai sofferto o soffre di una o più delle seguenti malattie?

- Otorinolaringoiatriche
 - Vertigini/instabilità SI NO
 - Otiti SI NO
 - Ronzii SI NO
 - Ipoacusia (riduzione udito) SI NO
 - Orecchio ovattato SI NO
- Fisiatriche
 - Fibromialgia SI NO
 - Scoliosi SI NO
 - Dolori vertebrali SI NO
 - Malattie Reumatiche SI NO
- Oculistiche
 - Strabismo SI NO
 - Astigmatismo SI NO
 - Miopie SI NO
- Ormonali SI NO
- Metaboliche SI NO
- Cardiovascolari SI NO
- Respiratorie SI NO
- Gastrointestinali SI NO
- Urogenitali SI NO
- Neurologiche SI NO
- Psichiatriche SI NO

Ha mai subito interventi chirurgici: (indicare anche la data)

_____ nel _____ nel _____

_____ nel _____ nel _____

_____ nel _____ nel _____

Ha mai subito traumi tipo: (indicare anche la data)

- Colpo di frusta SI NO nel _____
- Cadute sul coggige SI NO nel _____
- Fratture: dove _____ nel _____
- _____ nel _____
- Trauma cranico SI NO nel _____
- Distorsioni Arto Inf. SI NO nel _____
- Trauma al mento SI NO nel _____

Ha eseguito trattamento ortodontico:

- (apparecchio per spostare i denti) Fisse Mobili

**Presenta o ha presentato una delle seguenti
sintomatologie a livello di:**

DENTI E MANDIBOLA

- Masticare o muovere la mandibola fa male? SI NO dal _____
- Ha la sensazione di non poter aprire completamente? SI NO dal _____
- Avverte o ha avvertito rumori muovendo la mandibola? SI NO dal _____
- Ha fatto importanti trattamenti protesici e/o ortodontici? SI NO dal _____

- Stringe i denti durante: il giorno SI NO dal _____
la notte SI NO dal _____
- Digrigna i denti durante: il giorno SI NO dal _____
la notte SI NO dal _____

- Utilizza spesso gomma da masticare: SI NO
- Si morsica le unghie: SI NO
- Spinge con la lingua contro i denti: SI NO
- Si ritiene stressato: SI NO
- È spesso stanco: SI NO

Fa uso o ha mai fatto uso di:

- Occhiali SI NO data ultima
Correzione _____
- Correzioni prismatiche SI NO dal _____ al _____
- Bendaggi agli occhi SI NO dal _____ al _____
- Terapia visiva SI NO dal _____ al _____

- Plantari SI NO dal _____ al _____

- Consumo scarpe in modo anomalo SI NO

Qualità del sonno:

- buona
- media
- cattiva
- pessima

- Russa SI NO
- Apnee Noturne SI NO

Posizione prevalente di lavoro:

- seduto
- in piedi
- al computer
- altre _____

Soffre o ha mai sofferto di: (data di inizio e fine):

- Dolori dentali inspiegabili SI NO dal _____ al _____
- Mal di testa SI NO dal _____ al _____
- Dolori addominali SI NO dal _____ al _____
- Dolori intercostali-toracici SI NO dal _____ al _____
- Dolori mestruali SI NO dal _____ al _____
- Altri dolori della sfera Ginecologica SI NO dal _____ al _____
- Allergie respiratorie SI NO dal _____ al _____
- Intolleranze alimentari SI NO dal _____ al _____
- Dolori articolari SI NO dal _____ al _____
- Dolori vertebrali SI NO dal _____ al _____
- Sciatalgie SI NO dal _____ al _____
- Gonfiore arti inferiori SI NO dal _____ al _____
- Difficoltà di concentraz. SI NO dal _____ al _____
- Perdita di memoria SI NO dal _____ al _____
- Stanchezza SI NO dal _____ al _____
- Ansia SI NO dal _____ al _____
- Affaticabilità SI NO dal _____ al _____
- Depressione SI NO dal _____ al _____

- Ritiene vi possa essere un rapporto tra i suoi disturbi ed eventi stressanti (lutti, malattie, problemi familiari, etc.)? SI NO

Attuale sintomo dominante (motivo della visita): _____

Ritiene di aver avuto un'adeguata spiegazione da parte del suo dentista? SI NO

Note: _____

Data _____

Firma _____