

Dott. Giuseppe Bellinvia . Via Campofiore 52. 50136 Firenze. Tel 055 667676

ANAMNESI DENTALE

Data dell'ultima visita medica.....

Data dell'ultima visita dentistica.....

Cosa fu fatto?.....

Sanguinano le gengive?.....

Si ritirano le gengive?.....

Ha denti che si muovono?.....

Avverte disturbi chiudendo,masticando o in massima apertura della bocca?.....

Ha dolori davanti o dietro l'orecchio?.....

Ha mal di testa la mattina,pomeriggio o sera?.....

Ha dolori cervicali?.....

Avverte sensibilità su qualche dente?.....

I denti chiudono sempre nello stesso modo?.....

Siete fumatori?.....

Qual è lo scopo di questa visita?.....

.....

.....

Acconsento che mi vengano fatte delle fotografie intraorali ed extraorali, a scopo di documentazione. SI NO

FIRMA LEGGIBILE DEL PAZIENTE

.....

FIRENZE,

