

FICHA DE ANAMNESE

<input type="checkbox"/> Senhor <input type="checkbox"/> Senhora	
Nome:	Sobrenome:
Endereço:	CEP, Cidade:
Tel. Residencial:	Tel. Comercial:
Tel. celular:	Data de Nascimento:
Email:	
Nacionalidade:	Profissão:
Está recebendo ajuda Social?	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Zusatzleistung <input type="checkbox"/> Sim, Sozial Amt	Endereço: _____ Contato: _____ Telefone: _____
Em caso de menor de idade - Responsável:	
<input type="checkbox"/> Senhor <input type="checkbox"/> Senhora	
Nome, Sobrenome:	Tel. Residencial:
.....	Tel. Comercial:
Endereço:	Tel. Celular:
CEP, Cidade:	
Médico de Família:	Pediatra:
Nome:	Nome:
Endereço:	Endereço:
Telefone:	Telefone:
Motivo da Consulta:	
.....	
Como tomou conhecimento do nosso consultório?	
.....	
O uso de determinados medicamentos pode afetar o tratamento odontológico. Por esta razão, pedimos a gentileza de preencher o questionário a seguir:	
Vire por favor	



Saúde Geral

Sim Não

- Esteve hospitalizado ou em tratamento médico nos últimos 5 anos ?.....
Por qual motivo/doença?.....
Quando esteve em tratamento odontológico pela última vez?.....
- Está fazendo uso de alguma medicação? Qual?.....
- Alergia? (Penicilina, Iodo, Latex ou outros)
- Fuma? Se sim, quantos cigarros por dia?..... A quanto tempo?.....
Sofre de:
- Pressão Arterial muito alta/ baixa?.....
- Angina de peito?
- Doença cardíaca vascular?
- Possui válvula cardíaca artificial?
- Possui marcapasso?.....
- Inflamação do Endocardio?
- Toma medicamento para afinar o sangue?.....
- Doença de sangue? (Hemofilia)?
- Anemia?.....
- Diabetes?
- Asma?.....
- Reumatismo?.....
- Problemas gastrointestinais?.....
- Tuberculose?
- Hepatite A , B , C?.....
- HIV / Aids?
- Esta grávida? Se sim, de quantas semanas?.....

Com a minha assinatura confirmo a integridade e exatidão das informações acima. Concordo que o dentista que irá tratar-me poderá transmitir estes dados (para faturamento, contabilidade e cobrança) para as instituições de uso obrigatório.

Em situações de emergência ou antes de procedimentos de tratamento de risco, concordo que o dentista abra mão da confidencialidade médica e forneça meus dados e informações para o médico de família ou o médico assistente, desde que seja para a minha segurança.

Zurique, Data: _____ Assinatura: _____