

**Studio medico dentistico
Dott. Kurt Fleck
Dott. S.H. Höhn-Fleck
Wilhelm-Leuschner-Str.16
64347 Griesheim
06155-5716**

Benvenuti nel nostro studio dentistico!

Gentile paziente,

Ogni tipo di malattia può impattare sulle sue cure dentistiche. Affinchè le cure di cui ha bisogno corrispondano ai suoi desideri e siano compatibili col suo stato di salute, la preghiamo di rispondere alle seguenti domande. **Legga con attenzione e compili le 5 pagine successive.** In quanto professionisti della salute, deve essere rispettato il segreto medico secondo l'articolo STGB § 203 del diritto tedesco, e le informazioni che ci da hanno l'unico scopo di curarla in accordo col suo stato di salute. Se non è sicura di saper rispondere ad alcune domande, non esiti a chiederci, la aiuteremo.

Il personale dello studio dentistico.

Compilate e scegliete la risposta giusta !

Cognome del paziente	Nome	Data e luogo di nascita
----------------------	------	-------------------------

Cognome della persona assicurata	Nome	Data di nascita
----------------------------------	------	-----------------

Indirizzo e n° civico	CAP/Città
-----------------------	-----------

Numero telefonico	Numero cellulare
-------------------	------------------

Indirizzo Mail

Professione	Numero telefonico professionale
-------------	---------------------------------

Beneficia dell'assicurazione sanitaria pubblica tedesca ? **Si** **No**

In caso affermativo, specificare _____

Ha un'assicurazione sanitaria dentistica complementare ? **Si** **No**

Ha scelto lei-stessa la sua assicurazione sanitaria? **Si** **No**

I pazienti assicurati da una cassa malattia pubblica devono munirsi della tessera sanitaria al momento dell'appuntamento. Se non si consegna questa tessera entro i 14 giorni seguenti alle cure, saremo obbligati a fatturare le cure effettuate alle condizioni/prezzi degli assicurati secondo il regime sanitario privato.

Beneficia dell'assicurazione sanitaria privata tedesca ? **Si** **No**

In caso affermativo, specificare _____

È assicurata al tasso di base ? **Si** **No**

Ci sono fattori di restrizione ? **Si** **No**

Beneficia di assistenza sociale per la sua assicurazione ? **Si** **No**

Riconosco che in quanto paziente dipendente dell'assicurazione sanitaria privata, sono tenuto a pagare le fatture allo studio dentistico, non la mia assicurazione o l'ente mutualistico di prestazioni medicali.

Nei 2 anni precedenti, è stata ricoverata o sotto cura medica ? **Si** **No**

Prende medicine in modo regolare ? **Si** **No**

In caso affermativo, quale?

Prende anticoagulanti ? **Si** **No**

Quali? ASS Marcumar
 Aspirina Ticlopidin
 Clopidogrel Plavix
 altri: _____

È allergica ad alcune medicine ? **Si** **No**

In caso affermativo, quale? _____

Ha un taccuino che elenca le sue allergie? **Si** **No**

È allergica in particolare a ? **Si** **No**

alcuni materiali _____

alcune medicine _____

alcuni tipi di alimenti _____

È allergica al/alla? **Si** **No**

Penicillina Iodio

Latex altri _____

Soffre o ha sofferto di una malattia del cuore ? **Si** **No**

In caso affermativo, quale? _____

Insufficienza cardiaca congenita o acquisita ? **Si** **No**

Disfunzione delle valvole del cuore o ha una valvola cardiaca artificiale ? **Si** **No**
 Endocardite ? **Si** **No**
 Ha avuto un'operazione al cuore ? **Si** **No**
 In caso affermativo, quale ? _____
 Ha un pacemaker ? **Si** **No**

Soffre o ha sofferto di una delle malattie seguenti ?

Malattie infettive ? **Si** **No**
 O Tubercolosi **O Aids / HIV**
 O Epatite tipo _____ **O altri** _____

Malattia del fegato ? **Si** **No**
 Ipertensione ? **Si** **No**
 Ipotensione ? **Si** **No**
 Infarto miocardico o coronaropatia ? **Si** **No**
 Nefropatia (patologia renale)? **Si** **No**
 Diabete? **Si** **No**
 Malattia gastrointestinale ? **Si** **No**
 Malattia della tiroide ? **Si** **No**
 Reumatismi / Febbre reumatica ? **Si** **No**
 Asma / pneumopatia ? **Si** **No**
 Neoplasie ematologiche (malattia del sangue) ? **Si** **No**
 Neuropatia ? **Si** **No**
 Crisi epilettiche, convulsioni ? **Si** **No**

Altre malattie? _____

Cognome e indirizzo del suo medico curante

Di recente (12 mesi), ha subito interventi chirurgici ? **Si** **No**

In caso affermativo, di che cosa ? _____

Altra malattia o disabilità ? **Si** **No**

In caso affermativo, quale? _____

Per le donne, è incinta? **Si** **No**

In caso affermativo, da quante settimane ? _____

Fuma? **Si** **No** – in caso affermativo, quante sigarette al giorno: _____

Assume bevande alcoliche in modo regolare ? **Si** **No** – in caso affermativo specificare la quantità ? _____

Ha già avuto trauma alla mascella o al viso? **Si** **No**

Fino ad adesso, ha sopportato bene le iniezioni anestetiche dal dentista ? **Si** **No**

Ha sanguinato abbondantemente dopo l'estrazione di un dente (emorragia)? **Si** **No**

Ha già effettuato una cura dentistica dovuta al suo stato generale ? Si No
Data dell'ultima radiografia : _____
Su quale parte del corpo ? _____

Desidera che le ricordiamo i suoi appuntamenti di controllo ?	Si	No
Desidera essere informata della nostra gamma di cure dentistiche ?	Si	No
È interessata alle nostre cure di pulizia professionale ?	Si	No
Data dell'ultima pulizia professionale ? _____		
Ha gengive sanguinanti?	Si	No
Soffre di sensibilità ai denti ?	Si	No
Digrigna i denti (bruxismo)?	Si	No
Ha dolori alla schiena, al collo ?	Si	No
Ha l'alito cattivo ?	Si	No

Nota :

Diamo importanza alla qualità delle cure e al tempo secondo la necessità del paziente. Di conseguenza, la preghiamo di essere puntuale al suo appuntamento. Se deve annullare quest'ultimo, la preghiamo di avvisarci con un anticipo di almeno 24 ore. In caso contrario dovremo fatturarle 50€

Spiegazione dell'anestesia locale dentistica :

L'anestesia locale viene usata per desensibilizzare la bocca, i denti, le mascelle, le gengive e le ossa maxillo-facciali, prevenendo il dolore durante le cure della carie e dell'otturazione con amalgama, trattamento di canale (devitalizzazione) o estrazione di dente(i). Questa parte sensibile del corpo è composta principalmente di nervi trigemini (nervi cranici) e per desensibilizzare questa zona si inietta l'anestetico più compatto alla fibra del nervo, si parla di infiltrazione, intorpidisce una piccola superficie , cioè uno o due denti. Le infiltrazioni di solito non funzionano al livello della mascella inferiore a causa della densità ossea. Un blocco intorpidisce un'intera parte della bocca, per esempio, un lato solo della mascella inferiore.

Anche se l'anestesia locale è il metodo più sicuro di desensibilizzazione, delle complicanze (reazioni ai prodotti usati) non sempre sono prevedibili.

Tipo di complicazioni possibili:

L'ematoma può formarsi quando l'ago tocca un vaso sanguigno e provoca un sanguinamento interno in uno dei muscoli della masticazione. L'anestetico provoca a volte intorpidimenti all'esterno della zona interessata, abbassando la palpebra o la bocca, ma questi effetti scompaiono quando termina l'effetto anestetico. In casi molto rari, si può verificare un'infezione, in questo caso, si rivolga al suo dentista che saprà curarla.

Il trauma causato dall'ago è un danno al nervo associato all'anestesia detta "blocco" della mascella inferiore. In casi molto rari può causare un'irritazione/contusione nervosa, che comporta una diminuzione della sensibilità (intorpidimento) più o meno lunga del lato anestetizzato e potrebbe raggiungere la metà della lingua e delle labbra del lato interessato. Non esiste trattamento, bisogna aspettare che l'intorpidimento sparisca. Se l'intorpidimento persiste più di 12 ore, si rivolga al suo dentista.

Misura di precauzione: Dopo un'anestesia locale per una cura dentistica, può sentirsi un po' intorpidita e non essere in grado di concentrarsi in modo sufficiente per guidare. Questo stato

momentaneo non è direttamente causato dal prodotto che anestetizza, ma piuttosto dallo stress e l'angoscia causati dall' intervento. Deve quindi evitare di guidare.

Autolesionismo : se i tessuti che circondano il dente (per esempio la lingua, le guance o le labbra) sono ancora intorpidite quando esce dallo studio dentistico, non deve né mangiare né bere finché dura questo stato. Rischia di mordersi o di bruciarsi per il caldo o per il freddo (ghiaccio).

Consenso

Ho letto e capito le informazioni suddette. Ho ricevuto risposte soddisfacenti alle domande fatte.

Desidero un'anestesia locale prima di ogni cura dentistica.

Desidero un'anestesia locale solamente prima della cure molto dolorose.

Rifiuto ogni anestesia locale.

Desidero scegliere prima di ogni cura.

Desidera aggiungere altre cose ? _____

Certifico che tutte le informazioni date, sono, secondo la mia conoscenza, vere e complete.

Griesheim, il _____

Firma del paziente o del tutore legale

Parte da compilare dal dentista :

Abbiamo discusso i punti seguenti in particolare / Insbesondere wurden folgende Punkte besprochen:

Griesheim, den _____

Firma del dentista Unterschrift Zahnarzt/Zahnärztin