



# ANAMNESI DENTALE

Ogni quanto tempo si reca mediamente dal dentista?

- sei mesi o meno
- un anno o più
- solo in caso di necessità

Quante volte al giorno spazzola i denti?

- tre o più
- due
- una

Sì

NO

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quando spazzola i denti, le sanguinano le gengive?<br>Da quanto tempo? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha bruciori in bocca?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soffre di alitosi?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I suoi denti sono mobili o si sono spostati?                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | È insoddisfatto del suo sorriso?                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha problemi di masticazione?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha disturbi nell'aprire la bocca?                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quando apre la bocca, avverte rumori nella zona dell'orecchio?         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha dolori davanti o dietro l'orecchio?                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soffre di mal di testa?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha dolori cervicali?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha mai avuto problemi all'articolazione temporomandibolare?            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Digrigna o stringe i denti durante la notte o durante il giorno?       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha denti sensibili al freddo, al caldo o ai cibi dolci?                |

**IL PAZIENTE SI IMPEGNA A RENDERE NOTI EVENTUALI CAMBIAMENTI NEL SUO STATO DI SALUTE O NEI MEDICINALI CHE STA PRENDENDO**

Data

Firma

.....

.....