



**ROMANO MEDICA DENTAL S.r.l.**

Sede legale: Via Dante Alighieri, 5 | 36060 Romano d'Ezzelino VI  
Cap. Soc. € 10.000 | Cod. Fisc. e P. IVA 0431990244

Sede operativa: Viale Tiziano, 45

31011 **Casella d'Asolo** TV

Direttore Sanitario Dott. Onofrio CITTON

Sede operativa: Via Val d'Aosta, 29

31017 **Crespano di Pieve del Grappa** TV

Direttore Sanitario Dott. Gianni PASQUALOTTO

ANAGRAFICA PAZIENTE		
Nome	Cognome	
Data di nascita	Luogo di nascita	
Indirizzo di residenza	Città	Prov.
Telefono	Cellulare	
E-mail	Codice Fiscale	

## QUESTIONARIO CLINICO

Attualmente è in cura per qualche malattia?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ - Quali?
Assume farmaci?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ - Quali?
È portatore di stimolatori cardiaci?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
Soffre di allergie?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ - Quali?
È allergico a qualche medicinale?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ - Quali?
Ha problemi emorragici in caso di ferite?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
È un fumatore?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
È in gravidanza (o presunta) o allattamento?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
<b>Ha sofferto o soffre di:</b>	
Pressione alta (ipertensione)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
Malattie cardiache	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ - Quali?
Malattie polmonari	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ - Quali?
Malattie renali	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ - Quali?
Malattie del sangue	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ - Quali?
Epilessia o svenimenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ - Motivi?
Diabete	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
<b>Ha contratto in passato, o ha oggi sintomi o il sospetto di malattie infettive?</b>	
Epatite virale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
HIV (AIDS)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ

Le risposte fornite sono corrette in base alle mie attuali conoscenze. Mi impegno a informare TEMPESTIVAMENTE lo Studio su ogni variazione rispetto alle informazioni dichiarate, in particolare quelle riguardanti il mio stato clinico, assumendomi ogni responsabilità derivante dalla mancata comunicazione.

Data ..... Luogo .....

Firma del Paziente .....

**Aziende Partner**

**ROMANO MEDICA S.r.l.**

Romano d'Ezzelino VI

Via Dante Alighieri, 5/4

Cittadella PD

Via Prima Mattina, 14

Camposampiero PD

Piazza Castello, 40

Casella d'Asolo TV

Via Foresto Nuovo, 34/A

Castelfranco Veneto TV

Corso XXIX Aprile, 29

Mogliano Veneto TV

Via Terraglio, 54

Borgo Valsugana TN

Piazza Romani, 8 (Ingr. 1)

Loria TV - Via Roma, 1/B

Treviso - Via Ghirada, 2/C

Montebelluna TV

Via Schiavonesca Priula, 72/6

Valdobbiadene TV

Via XXV Aprile, 2

Volpago del Montello TV

Via Schiavonesca Nuova, 75/C

Villa del Conte PD

Via Roma, 65/A

**GRUPPO ROMANO MEDICA S.r.l.**

Cittadella PD

Via Prima Mattina, 14

Romano d'Ezzelino VI

Via Dante Alighieri, 5/4

Camposampiero PD

Piazza Castello, 40

Casella d'Asolo TV

Via Foresto Nuovo, 34/A

**GRUPPO ROMANO MEDICA BORGO VALSUGANA S.r.l.**

Piazza Romani, 8 (Ingresso 1) - Borgo Valsugana TN

**CASTELFRANCO MEDICA S.r.l.**

Corso XXIX Aprile, 29 - Castelfranco Veneto TV

**MEDICA WORK S.r.l.**

Via del Commercio, 4 - Romano d'Ezzelino VI