

SCHEDA PAZIENTE PER ANAMNESI

Nome: _____ Cognome: _____ Tel: _____
e-mail: _____ Inviato da: _____
indirizzo completo: _____
Data e luogo di nascita: _____ C F: _____
Motivo della prima visita: _____

IN GENERALE

- Traumi in generale
- Interventi in generale anche di chirurgia estetica

DOLORI/PARTICOLARITÀ RICORRENTI O ATTUALI

- Senso di affaticamento non giustificato
- Senso di affaticamento al risveglio
- Mal di testa
- Torcicollo ricorrente
- Dolori migranti
- Dolori alla pressione a muscoli e articolazioni
- Dolori cervicali o alla schiena
- Dolori addominali vaghi e di difficile interpretazione

AI PIEDI

- Traumi / interventi
- Dolori e crampi
- Dolori in generale la sera
- Alluce valgo asimmetrico
- Piede cavo
- Piede piatto
- Ginocchia in valgo
- Ginocchia in varo
- Dolori alle anche
- Sindrome del m. piriforme

AGLI OCCHI

- Traumi / interventi / farmaci
- Affaticamento, lacrimazione, bruciore, rossore

- Stanchezza serale eccessiva
- Visione sdoppiata quando si è stanchi

ALLE ORECCHIE

- Traumi / interventi / farmaci
- Ronzii e fischi
- Ipoacusia e sordità

ALLA BOCCA

- Traumi / interventi / implantologia/ortodonzia / protesi
- Perdita elementi dentari
- Rumori alla mandibola
- Blocchi movimenti della mandibola
- Dolori alla mandibola
- Dolori ai muscoli masticatori
- Digrignamento
- Difficoltà a deglutire
- Mordersi la lingua o le guance
- Masticazione lenta e laboriosa

ALTERAZIONE COGNITIVA

- Difficoltà di concentrazione
- Imppressione di leggere senza capire
- Imppressione di sentire senza capire
- Difficoltà scolastiche o lavorative non giustificate
- Perdita non giustificata di memoria

LOCALIZZAZIONE SPAZIALE

- Mal d'auto, mal d'aereo, mal di mare...
- Pseudo vertigini
- Sensazione di malessere quando si è tra la folla
- Difficoltà a situarsi nello spazio
- Instabilità nel camminare
- Impressione di camminare di traverso
- Inabilità alla manualità semplice
- Posizione anomala della testa durante la lettura
- Impugnare la penna in modo anomalo
- Scarsa coordinazione
- Cadute inspiegabili
- Senso di stordimento
- Sonnambulismo

ALTRO

- Sonno agitato
- Necessita del sonnellino
- Pause respiratorie durante il sonno
- Ansia ingiustificata
- Attacchi di panico
- Umore depresso
- Bimbi pasticcioni
- Bimbi aggressivi
- Diagnosi di ADHD (Disturbo Deficit Attenzione e Iperattività)
- Ritardo ad imparare ad andare in bicicletta
- Bimbi agitati

Sport: _____ Altro: _____ Abitudini alimentari: _____

Farmaci abituali: _____ Usa o Ha fatto uso di alcool e/o droghe _____

Problematiche emozionali: _____ In terapia: NO SI _____

Malattie in atto: _____

Note: _____ Firma: _____

CONSENSO INFORMATO DATI per la visita con il Dott.

La visita posturale presuppone l'esecuzione di alcune fotografie del viso, bocca e della figura intera, in modo che sia visibile la colonna vertebrale (quindi con indosso la sola biancheria). Ai sensi della legge 675/96 i dati personali, le notizie anamnestiche e la documentazione fotografica sono utilizzati esclusivamente ai fini di diagnosi e cura; sono pertanto richiesti in forma obbligatoria, pena l'impossibilità di svolgere la visita. I dati riferiti potranno essere comunicati limitatamente alle specifiche competenze e per gli aspetti strettamente necessari alle terapie, alle persone o enti connessi all'esercizio della professione medica. In qualsiasi momento lo desidera potrà chiedere che le siano messi a disposizione in forma intellegibile ed aggiornata tutti i dati in mio possesso che la riguardano. Sono disponibile a fornirle ogni ulteriore informazione e chiarimento oltre a quanto di normale prassi durante la visita.

Io sottoscritto dichiaro di essere pienamente informato ed esprimo il mio consenso alla raccolta e trattamento dei miei dati personali, compresa la documentazione fotografica.

Luogo e data _____ Firma _____