

PEDIACOOOP ACADEMY

REALIZZATO DA PEDIATRI DI FAMIGLIA E
SPECIALISTI DELL'INFANZIA

NOME _____
COGNOME _____



■ NOME

■ COGNOME

■ SONO NATO/A IL

■ ABITO A

■ TELEFONO

■ TELEFONO

■ TELEFONO

■ EMAIL

■ IL MIO PEDIATRA SI CHIAMA

È LA PRIMA VOLTA DAL DENTISTA SÌ NO

SONO MAI STATO RICOVERATO IN OSPEDALE SÌ NO

HO QUALCHE ALLERGIA SÌ NO

SONO MAI STATO DA UN OTORINOLARINGOIATRA SÌ NO

USO IL SUCCHIOTTO SÌ NO

DORMO CON LA BOCCA APERTA SÌ NO

MI SUCCHIO IL DITO SÌ NO

USO IL DENTIFIRICO CON IL FLUORO? SÌ NO

GUARDO IL TABLET CON LA BOCCA APERTA SÌ NO

MI LAVO I DENTI 1 2 3 4 AL GIORNO SÌ NO

IGIENE

ORTOPANTOMOGRFIA

SIGILLI OCCLUSALI

PREVENZIONE ZERO-20-32

RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

TERAPIA ORTODONTICA

TERAPIA CONSERVATIVA

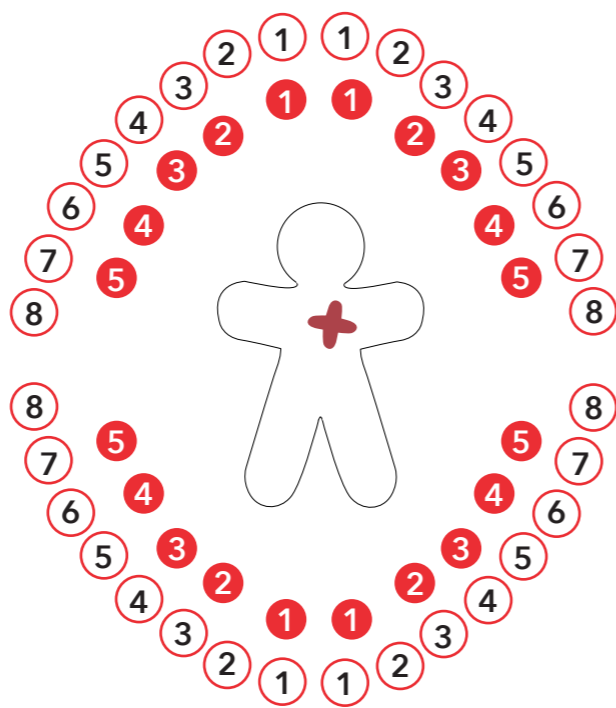
TERAPIA CHIRURGICA

NOTE

.....

.....

.....



CARTELLA CLINICA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Consenso informativo

Dichiaro di aver ricevuto e compreso le informazioni riguardanti le terapie, condivido che i risultati possano essere condizionati da fattori biologici, ereditari, ambientali, comportamentali e dall'imprevedibilità, e mi impegno ad un utilizzo appropriato degli strumenti terapeutici per il raggiungimento dei risultati che il medico ritiene ottimali per la terapia. Acconsento al trattamento proposto così come alle eventuali estensioni e modifiche che si rendano necessarie. Sono consapevole che la stabilità del risultato non è biologicamente garantibile. Il trattamento può essere sospeso sia da parte del sanitario, in caso di insufficiente collaborazione, sia da parte del paziente che si impegna a comunicarlo al medico al fine di ridurre o evitare i danni che ne potrebbero derivare. Consento che il materiale di studio del caso (rx, fotografie, impronte, ecc), una volta reso anonimo, possa essere utilizzato a scopo di ricerca, insegnamento e/o pubblicazione scientifica.

FIRMA

.....