



Dr. Alessandro Fedi

Specialista in Ortodonzia e Gnatologia. Specialista in Odontostomatologia. Perfezionato in Terapia craniocervicomandibolare, in Ortodonzia intercettiva e in Odontologia Forense.

Specialista in Psicoterapia Eriksoniana. Master II Liv Giornalismo Biomedico

Socio A.S.I.O.- Associazione Specialisti Italiani in Ortognatodonzia

Socio W.F.O.- World Federation of Orthodontists

Socio S.I.I.- Società Italiana di Ipnosi

QUESTIONARIO PER DISORDINI GNATOLOGICI E POSTURALI

Siamo lieti di averla nel nostro Studio per questa visita e la ringraziamo per la fiducia.

È importante conoscere i Suoi problemi nella maniera più completa. La invitiamo a compilare le prime tre pagine di questo blocco nel miglior modo possibile, utilizzando liberamente il proprio modo spontaneo di esprimersi. Sarà per noi un prezioso punto di partenza per la visita e per le successive indagini.

Cognome _____ Nome _____

Data _____

Inviato/a da: _____

Sesso: M F

Data di nascita: _____

Luogo di nascita _____ Età _____

Stato civile _____

Indirizzo: _____

Telefono: (abitazione) _____ (lavoro) _____

Occupazione: _____

AUTOVALUTAZIONE DEL PAZIENTE

Descriva brevemente i Suoi attuali problemi con parole proprie:

(per esempio: dolore, debolezza, torpore, ecc.)

Quando è/sono iniziato/i il/i problema/i ed in quale circostanza?

Se il suo problema non è costante, quando peggiora?

Quali sono i trattamenti già ricevuti?

Con quali risultati?

DOLORE costante intermittente (va e viene)

Aggravato da:

Localizzazione: per favore, usando il disegno e i codici, mostri dove è localizzato il dolore:

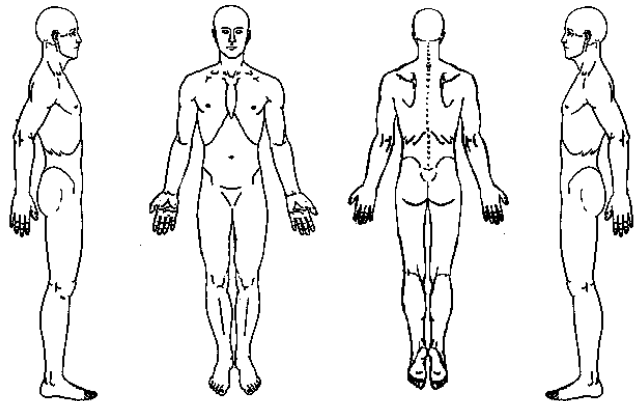
Tipo:

Forte (F)

Lancinante, a fitte (L)

Senso di costrizione noiosa (C)

Dolore moderato (M)



Intensità: per favore, codifichi il grado del dolore secondo la seguente scala (0 = nessun dolore 100 = il peggior dolore immaginabile)



Funzione: per favore, descriva se è inabilitato/a, a causa del suo attuale problema, ad eseguire delle attività:

Descriva liberamente qualsiasi altra informazione relativa al suo problema:

Ha qualche problema di medicina generale?

È sotto cure mediche per qualche altro problema al di fuori di quello per cui è qui?

Lei è depresso/a? Gradui la risposta secondo la scala seguente:

0	1	2	3	4
Nessuna depressione				Molto depresso

Lei si considera più calmo che teso? Gradui la risposta secondo la scala seguente:

0	1	2	3	4
Calmo				Teso

Dopo aver riflettuto, esprima liberamente la Sua personale idea sulla causa dei suoi disturbi:

Dopo aver riflettuto, enunci che cosa principalmente si attende da questa visita:

Data:

Firma: