



Motivo visita odierna _____

Si ritirano le gengive? SI NO

Sanguinano? Qualche volta Quando lavo i denti Mai

Avete denti sensibili? Freddo Caldo Pressione Dolce/Salato

Problemi di alitosi? SI NO

Se potesse cambiare qualcosa del suo sorriso cosa cambierebbe? _____

Ritiene i suoi disturbi gravi? SI NO

Quanti minuti dedica al giorno alla salute orale? _____

Prova ansia o paura prima di un appuntamento odontoiatrico? SI NO

Pratica sport? _____

Cosa fa per rilassarsi? _____

Data ultima visita odontoiatrica: _____

Se ci fosse un metodo economico e veloce per rendere i denti più bianche sarebbe interessato? SI NO

Le interessa un programma per mantenere la sua igiene e salute dentale? SI NO

Quali hobby ha? _____

Animali? _____

Preferisce: Appuntamenti lunghi per venire meno volte in studio

Appuntamenti brevi venendo più volte in studio

NOTE: _____

Il sottoscritto, informato sulle modalità di trattamento dei propri dati eseguite da ASTI CLINIC, ai sensi del D. Lgs 196/2003, autorizza al trattamento dei propri dati personali e sensibili per le finalità di erogazione delle prestazioni sanitarie.
Il sottoscritto dichiara altresì di essere stata informato che presso la struttura è presente un impianto di videosorveglianza con registrazione tramite telecamere fisse per fini esclusivamente di sicurezza ed in particolare per l'incolumità delle persone, l'integrità del patrimonio aziendale e l'eventuale contaminazione/manomissione del materiale sanitario.

Il sottoscritto dichiara di essere stato esaurientemente informato sulla natura della terapia cui verrà sottoposto presso ASTI CLINIC e di essere stato informato delle alternative possibili e dichiara altresì di essere a conoscenza dell'eventualità di rischi e/o complicazioni correlate alla natura stessa degli atti diagnostici, anestesiológicos e terapeutici seppur correttamente eseguiti.
Dichiara inoltre di essere a conoscenza che il risultato estetico dipenderà dalle condizioni anatomiche pre-esistenti. Il sottoscritto pertanto concede il consenso alla esecuzione di tutto l'iter terapeutico ritenuto necessario dai sanitari curanti, nonché ad eventuali modifiche che si dovessero rendere necessarie, sempre previa opportuna informativa, come indicato sul preventivo di lavoro consegnatomi o sulla base delle tariffe applicate da ASTI CLINIC

DATA _____

FIRMA _____