



Immunologic dental clinic

Private Tagesklinik für immunologische Zahnheilkunde

Day hospital per odontoiatria immunologica

Rosenkavalierplatz 18/4 piano

81925 München

Tel 0049-(0)89 94003415

Fax 0049-(0)89 94003417

Mail info@natrail.de

www.natrail.de

dr.med.dent.(univ. Erlangen-Nürnberg)

dr.h.c., prof.asoc.(UMF Temeschburg)

prof. h.c. (UMF Hermannstadt)

Ottaviano Tapparo

Odontoiatra

Questionario sanitario

Legge 675/96 consenso

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all` art.10n della legge 675/96 (allegata), ed in particolare informata/o sui diritti ed i limiti inerenti “La tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”, dichiaro di essere a conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati “sensibili” ed esprimo il mio consenso al loro trattamento ai fini diagnostici e terapeutici da parte della immunologic dental clinic centro: nonché dei collaboratori di tale clinica.

Data..... Firma del/la paziente.....

Personalangaben / dati personali

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Indirizzo:

Via:

Citta`

Telefono:

Fax:

Cellulare:

e. mail:

Beruf / professione:

Arbeitgeber (Firma) / datore di lavoro:

I. Anamnese / anamnesi

Welche Beschwerden haben Sie jetzt? / quali disturbi ha attualmente?

Siehe auch letzte Seite / vedi anche ultima pagina

.....
.....

Wann traten die Beschwerden das erste Mal auf? / quando si sono manifestati questi disturbi per la prima volta?.....

.....

Was hat Ihrer Meinung nach den Beginn Ihrer Krankheit verursacht / qual'è stata la causa della sua malattia?

.....
.....

Wann kommen die Beschwerden häufiger vor? / quando si manifestano questi disturbi?

morgens / di mattina im Laufe des Tages / nella giornata

nachts / di sera ständig / continuamente

unregelmäßig / irregolari nach Belastung / dopo un sforzo

in Ruhe / restando fermo

Wie verlaufen die Beschwerden ? / in che modo si evolvono questi disturbi?

Sie verlaufen schubweise / si manifestano a tratti

Sie bestehen dauernd / si manifestano di continuo

Sie haben sich verschlechtert seit / si sono aggravati da.....

Sie haben sich gebessert seit / sono migliorati da.....

Wovon sind Ihre Beschwerden abhängig? / da che cosa dipendono i suoi disturbi?

Wetter / tempo/clima

Aufregung / in seguito a agitazione

Aufenthaltsort / dal posto dove mi trovo

Körperliche Belastung / dal attività fisica

Schadstoffkontakt / dopo il contatto con sostanze tossiche

Sonstiges / altro

Klagen Ihre Mitbewohner bzw. Arbeitskollegen über ähnliche Beschwerden? / i suoi vicini o colleghi di lavoro hanno simili disturbi?

ja / si nein / no

Vermuten Sie Schadstoffe als Ursache Ihrer Beschwerden? / sospetta che la causa siano sostanze tossiche?

ja / si nein / no Wenn ja, welche? / Se si, quali?

.....
.....

Vermuten Sie Elektrosmog als Ursache Ihrer Beschwerden? / sospetta che la causa siano elettrosmog (campi elettrici, trasmettitori di cellulari)?

ja / si nein / no Wenn ja, welche? / Se si, quali?

.....
.....

Wann und wo kommen Sie mit diesen Schadstoffen/Elektrosmog in Kontakt? / quando e in che modo è in contatto con queste sostanze tossiche/elettrosmog?

.....

Wurden durch labormedizinische Untersuchungen bei Ihnen Schadstoffe festgestellt? / sono state trovate sostanze tossiche-elettrosmog tramite analisi-misurazioni?

ja / si nein / no Wenn ja, welche? / Se si, quali?

.....
.....

Umweltmedizinische Behandlungen bzw. Entgiftungen / ha fatto cure medico ambientali o disintossicanti:

ja / si nein / no Wenn ja, welche? / Se si quali?

.....
.....

Nahmen Sie über einen längeren Zeitraum / ha preso per un periodo prolungato:

Cortison Präparate? / cortisone o cortisonici?	ja/si <input type="checkbox"/>	nein/no <input type="checkbox"/>
Immunsuppressiva? / immuno-soppressori?	ja/si <input type="checkbox"/>	nein/no <input type="checkbox"/>
Blutverdünnende Mittel? / medicine per diluire il sangue ?	ja/si <input type="checkbox"/>	nein/no <input type="checkbox"/>
Blutdrucksenkende Mittel ?/ per abbassare la pressione?	ja/si <input type="checkbox"/>	nein/no <input type="checkbox"/>
Lipidsenker ?/ i grassi il sangue	ja/si <input type="checkbox"/>	nein/no <input type="checkbox"/>
Cholesterin senkende Präparate ?/ il colesterolo?	ja/si <input type="checkbox"/>	nein/no <input type="checkbox"/>
Schmerzmittel? / anti-dolorifici?	ja/si <input type="checkbox"/>	nein/no <input type="checkbox"/>
Beruhigungs- bzw. Schlafmittel? / medicine per dormire o tranquillanti?	ja/si <input type="checkbox"/>	nein/no <input type="checkbox"/>
Abführmittel? / lassativi?	ja/si <input type="checkbox"/>	nein/no <input type="checkbox"/>
Vitaminpräparate? / vitamine?	ja/si <input type="checkbox"/>	nein/no <input type="checkbox"/>
Mineralien? / minerali?	ja/si <input type="checkbox"/>	nein/no <input type="checkbox"/>

Welche? / quali?

.....

Jetzige Medikamenteneinnahme / quale medicine prende adesso:

.....
.....

Ernähren Sie sich eher mit einer normalen Mischkost? / si alimenta con un'alimentazione mista

ja / sì nein / no

oder haben Sie besondere Gewohnheiten (z.B. vegetarisch)? / ha altri abitudini per l'alimentazione (p.es. vegetariano)? ja / sì nein / no

Wenn ja, welche Besonderheiten? / Se sì, quali?

.....
.....

Bestehen bei Ihnen Nahrungsmittelunverträglichkeiten? / ha delle intolleranze alimentari?
ja / sì nein / no Wenn ja, welche? / Se sì, quali?.....
.....
.....

Wie viel trinken Sie pro Tag? / quanto beve al giorno?.....

Wie viel davon Wasser? / quant`aqua ?.....

Wie viel Kaffee, Tee oder Cola-Getränke trinken Sie pro Tag? / quanto caffè, thé o coca cola
beve al giorno?.....

Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? / Beve bevande alcooliche?
nie / mai selten / di rado oft / spesso zäglich / tutti giorni

Wie viel und was an alkoholischen Getränken trinken Sie? / quanto e quali bevande alcooliche
beve?.....
.....

Rauchen Sie? / fuma?
ja / sì nein / no Exraucher seit / ho smesso da:.....

Wie viele Zigaretten / Zigarren rauchen / haben Sie geraucht am Tag? / quante sigarette
o sigari fuma o ha fumato al giorno?

Wie viele Zigaretten werden täglich in Ihrer Gegenwart geraucht? / quante sigarette si fumano
in Sua presenza?

Treiben Sie Sport oder Bewegungsausgleich? / fa sport o attività fisica?
nie / mai selten / di rado oft / spesso täglich / tutti i giorni

was/ che attività?

Appetit / appetito: Schlaf / sonno:.....

Schmerzen beim Wasserlassen / dolori nel urinare:.....

Stuhlgang / feci:

- Normal – täglich/normale ogni giorno
- Durchfall/ diarrea
- Verstopfung/stitichezza

Größe / altezza.....

Gewicht / peso.....

II. Umweltmedizinische zahnärztliche Anamnese / Anamnese dei denti nell'ambito della medicina ambientale

Haben Sie empfindliche Zähne? / ha denti sensibili?
ja / sì nein / no

Sind Kauen und Mundöffnung behindert? / può masticare bene o aprire bene la bocca senza dolori?

ja / sì nein / no

Knirschen oder pressen Sie? / Bruxismo?

ja / sì nein / no

Lippenpressen / Zungenpressen? / Preme con le labbra o la lingua sui denti?

ja / sì nein / no

Beobachten Sie Kiefergelenkknacken? / nota dei rumori nel articolazione temporo mandibolare?

ja / sì nein / no

Kiefergelenkschmerzen? / Dolori all articolazione temporo mandibolare?

ja / sì nein / no

Kieferknochenschmerzen? / Dolori nelle mascella e/o mandibola?

ja / sì nein / no

Haben / hatten Sie Probleme mit Betäubungsspritzen? / ha avuto dei problemi con gli anestetici?

ja / sì nein / no Wenn ja, welches Mittel? / Sì, che anestetico?

Gab es Operationen im Kieferbereich? / ha avuto degli interventi chirurgici alla mascella e/o mandibola?

ja / sì nein / no Wenn ja, wo? / Sì, dove?.....

Wurde bei ihnen eine Wurzelkanalbehandlung durchgeführt/ha dei denti devitalizzati / con cura canalare?

ja / sì nein / no Wenn ja, welcher Zahn? / Sì, che dente/i?.....

Haben Sie Füllungen oder Kronen aus: / ha delle otturazioni o corone in

Gold? / oro? ja / sì nein / no

Keramik? / ceramica ja / sì nein / no

Amalgam? / amalgama? ja / sì nein / no

Komposit? / composito? ja / sì nein / no

Wurden die Amalgamfüllungen entfernt ja / sì nein / no

Wenn ja, wann?/se si quando?.....

Bitte geben Sie das Ersatzmaterial an:/ indicate il materiale con quale sono state sostituite le Otturazioni:.....

Beschwerden nach der Entfernung?/disturbi dopo la rimozione? ja / sì nein / no

Wenn ja, welche?/se si quali?.....

Wurden danach Entgiftungsmassnahmen durchgeführt?/ in seguito alla rimozione e stata fatta una cura di disintossicazione? ja / sì nein / no

Wenn ja, welche?/se si con cosa?:.....
.....

Besitzen Sie einen herausnehmbaren Zahnersatz? / ha una protesi mobile?
ja / sì nein / no Wenn ja: Seit : / Sì, da quando?.....

Aus welchem Material? / Di quale materiale?.....
.....

Wurde eine Zahnimplantation durchgeführt? / ha degli impianti in bocca?
ja / sì nein / no Wenn ja: Wann? / sì, da quando?.....
.....

Welches System? / con quale sistema?.....
.....

Wurden Knochenersatzmaterialien oder Regenerationsmembranen eingeführt? / sono state introdotti materiali sostitutivi del dente o delle membrane rigenerative?
ja / sì nein / no Wenn ja: Wann? / sì, quando?
Welche?/ Quali?.....

Haben Sie einen Unfall oder Verletzungen im Gesicht / am Kiefer erlitten? / ha avuto un'incidente al viso o alla mascella?
ja / sì nein / no

Wurden Osteosyntheseplatten, Drahtligaturen eingesetzt? / sono stati introdotti piani di osteosintesi o fili di acciaio?
ja / sì nein / no Materialangabe /del materiale di:.....
.....

Zahnfleischblutungen? / sanguina dalle gengive?
ja / sì nein / no

Tendenz zur Bildung von Belägen auf Zähne? /ha tendenza ad avere placca sui denti?
ja / sì nein / no

Tendenz zur Bildung von Belägen auf Zunge? / ha tendenza ad avere placche sulla lingua?
Ja / sì Nein / no

Tendenz zur Bildung von Belägen auf Schleimhäute? /ha tendenza ad avere placche sulle mucose?
ja / sì nein / no

Beobachten Sie Zahnwanderungen, Verschiebungen? / osserva dei spostamenti dei denti?
ja / sì nein / no

Ist Zahnverlust durch Zahnlockerung eingetreten? / ha perso un dente a causa dcella piorrea?
ja / sì nein / no

Wurde bereits eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt? / é già stato fatto un trattamento per le gengive?

ja / sì nein / no Wenn ja, wann? Sì, quando?.....

Hatten Sie kieferorthopädische Behandlungen? / ha avuto delle terapie ortodontica?

ja / sì nein / no

feststehend /fissa herausnehmbar / apparecchio amovibile

Wenn ja, wann? Sì, quando?.....

Leiden Sie unter Metallgeschmack im Mund? / sente un sapore metallico in bocca?

ja / sì nein / no

Behandelnder Zahnarzt: / dentista attuale:.....
.....

Waren Sie schon mal bei uns in Behandlung? / é già stato in cura da noi?

ja / sì nein / no Wenn ja, wann? Se sì, quando?.....

Letzte Röntgenuntersuchung: / ultima radiografia:

OPG/panoramica

Grund der Aufnahme:/ perche e stata

eseguita:.....

DVT RDV=radiografia digitale volumetrica

Grund der Aufnahme:/ perche e stata

eseguita:.....

CT: / TAC:

Grund der Aufnahme:/ perche e stata

eseguita:.....

Kernspin: / risonanza magnetica:

Grund der Aufnahme:/ perche e stata

eseguita:.....

V. Familienanamnese / anamnesi familiare

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen aufgetreten? / membri della Sua famiglia che hanno sofferto seguenti malattie?

Asthma / asma
ja / sì nein /no Wenn ja, wer? / sì, chi?.....

Chronische Bronchitis / bronchite cronica
ja / sì nein /no Wenn ja, wer? / sì, chi?.....

Allergien / Neurodermitis / allergia - neurodermiti
ja / sì nein /no Wenn ja, wer? / sì, chi?.....

Diabetes mellitus / diabete mellito
ja / sì nein /no Wenn ja, wer? / sì, chi?.....

Nervenerkrankungen / malattie neurologiche
ja / sì nein /no Wenn ja, wer? / sì, chi?.....

Herzerkrankungen / malattie del cuore
ja / sì nein /no Wenn ja, wer? / sì, chi?.....

Osteoporose /osteoporosi
ja / sì nein /no Wenn ja, wer? / sì, chi?.....

Tumor / tumore-cancro
ja / sì nein /no Wenn ja, wer? / sì, chi?.....

welche Tuorerkrankung/che tumore.....

III. Andere Erkrankungen und Operationen / Altre malattie ed interventi

Besteht oder bestand vor Kurzem ein grippaler Infekt oder Erkältung? / ha avuto di recente l'influenza o il raffreddore?

ja / sì nein /no

Sind bei Ihnen akute oder chronische Erkrankungen bekannt? / soffrite di malattie acute o croniche?

ja / sì nein /no Wenn ja, welche? / se sì, quali?.....

Durchgemachte Kinderkrankheiten / malattie nel infanzia

.....
.....
.....

Durchgeführte Impfungen / vaccini?
Welche / quali?

.....
.....

Hatten sie Nebenwirkungen / Avete avuto effetti collaterali
(Fieber,Durchfall,Zittern,Müdigkeit,andere/ febbre, diarrea, tremori, stanchezza, ecc.?)

Wenn ja, welche? / se sì, quali?.....
.....

Fernreisen Asien Südamerika Africa andere Länder
Avete mai fatto viaggi all'estero in Asia, Sud America o Africa?
ja / sì nein /no Wenn ja, welches Land? / se sì, quale paese?

.....
.....

Sind sie während oder nach einer Fernreise erkrankt?
Siete tornati malati da un viaggio in Asia, Sud America o Africa altro paese?
ja / sì nein /no Wenn ja, wann welche Erkrankung? / se sì, quando quale malattia?

.....
.....

Hatten Sie einen Sport oder Autounfall? / Avete avuto incidenti di sport o automobilistici?
ja / sì nein /no Wenn ja, welche? / se sì, quali?.....

.....

Hatten Sie ein Schleudertrauma / Avete avuto un "colpo di frusta"?
ja / sì nein /no wann /quando

Haben Sie beschwerden and der Wirbelsäule? Avete disturbi alla colonna vertebrale?
ja / sì nein /no
Wenn ja, wo? / se sì, a che livello (cervicale, dorsale, lombare, sacrale)?

.....

Wurden bei Ihnen Implantate künstliche Gelenke eingesetzt /Avete dei impianti, protesi (anca,
ginocchio, chiodi, ecc.)?
ja / sì nein /no wenn,ja wann /se si quando wo? /dove:

.....
.....

Litten oder leiden Sie unter folgenden Erkrankungen? / Ha avute le seguenti malattie?

Augenerkrankungen (z.B.: Beeinträchtigung der Sehfähigkeit, Star, Lichtempfindlichkeit)?
/ malattie agli occhi (p.es. indebolimento della vista, ipersensibilità alla luce) ?

ja / sì nein /no Wenn ja, welche? / Se sì, quali?

.....

Ohrenerkrankungen (z.B.: Ohrenschermerzen, Ohrensausen, Hörsturz, Schwerhörigkeit, Tinnitus)? /
malattie alle orecchie (p.es. dolori alle orecchie, rumori, perdita dell'udito, ronzii, ecc.)?

ja / sì nein /no Wenn ja, welche? / Se sì, quali?

.....

Infektionskrankheit? (z.B.: Nasennebenhöhlenentzündungen, Otitis, Rhinitis, Pharyngitis etc) /
malattie infettive? (p.es. sinusite, otite, rinite, faringite ecc.)

ja / sì nein /no Wenn ja, welche? / Se sì, quali?

.....

Hauterkrankungen? / malattie dermatologiche?

ja / sì nein /no Wenn ja, welche? / Se sì, quali?.....

.....

Allergien? / allergie?

ja / sì nein /no Wenn ja, welche? / Se sì, quali?.....

.....

Diabetes mellitus? / diabete mellito?

ja / sì nein /no

Wenn ja, spritzen Sie Insulin? / se sì, usa l'insulina?

ja / sì nein /no

eingestellt mit Tabletten? / è cessato con i farmaci?

ja / sì nein /no

eingestellt mit Diät? / è cessato con la sola dieta?

ja / sì nein /no

Blutgerinnungsstörung? / problemi di coagulazione del sangue?

ja / sì nein /no

Schilddrüsenerkrankungen? / malattie della tiroide?

ja / sì nein /no

Neurologische (Nerven-)Erkrankungen? / malattie neurologiche?

ja / sì nein /no

Epilepsie / epilessia?

ja / sì nein /no

Lungenerkrankungen (z.B.: Asthma)? / malattie polmonari (p.es. asma)?

ja / sì nein /no

Herzerkrankungen? / malattie del cuore?

ja / sì nein /no

angeborene oder erworbene Herzfehler? / difetti del cuore alla nascita o dopo?

ja / sì nein /no

Klappenfehler? / difetti delle valvole?

ja / sì nein /no

Klappenprothese? / protesi della valvola cardiaca?

ja / sì nein /no

Herzschrittmacher? / pacemaker?

ja / sì nein /no

Herzoperationen? / interventi al cuore?

ja / sì nein /no Wenn ja, welche? / se sì, quali?.....
.....

Herzinfarkt? / infarto cardiaco?

ja / sì nein /no Wenn ja, wann? / se sì, quando?.....

hoher Blutdruck? / pressione alta?

ja / sì nein /no

niedriger Blutdruck? / pressione bassa?

ja / sì nein /no

Gefäßerkrankungen (Thrombosen, Embolie, Krampfader, arterielle Verschlusskrankheit)? /
malattie dei vasi sanguigni (trombosi, embolie, vene varicose, problemi di ispessimento o
chiusura delle arterie)?

ja / sì nein /no

Magenerkrankungen? / malattie dello stomaco?

ja / sì nein /no

Darmerkrankungen? / malattie dell'intestino?

ja / sì nein /no

Lebererkrankungen? / malattie del fegato?

ja / sì nein /no

Gallenerkrankungen? / malattie della bile?

ja / sì nein /no

Bauchspeicheldrüsenerkrankungen? / malattie del pancreas?

ja / sì nein /no

Nierenerkrankungen und Harnwegserkrankungen? / malattie renali e della vescica?

ja / sì nein /no Wenn ja, welche? / se sì, quali?.....
.....

Immunerkrankungen? / malattie immunitarie?

ja / sì nein /no Wenn ja, welche? / se sì, quali?.....

Skelett-, Gelenk- und Muskelerkrankungen? / malattie dell'osso e dei muscoli?

ja / sì nein /no Wenn ja, welche? / se sì, quali?.....

Geschlechterkrankungen? / malattie del sesso?

ja / sì nein /no Wenn ja, welche? / se sì, quali?.....

psychische Erkrankungen? / malattie psichiche?

ja / sì nein /no

Krebs/Tumorerkrankungen? / cancro o tumore?

ja / sì nein /no Wenn ja, welche? / se sì, quale?.....

Metastasen wann? / quando metastasi?

ja / sì nein /no Wenn ja, wann wo? / se sì, quando dove?

Therapie / terapia:

Chirurgisch / Operativa.....

Bestrahlung / Radioterapie.....

Chemotherapie/Chemio terapia.....

Recidiv wann /recidivo quando?

IV. Gynäkologische Anamnese / anamnesi ginecologica

Erste Blutung im Alter von Jahren. / prime mestruazioni all'età di

Letzte Blutung / ultime mestruazioni

Sind / waren die monatlichen Blutungen regelmäßig? / le mestruazioni sono o erano regolari?

ja / sì nein /no

Sind / waren die monatlichen Blutungen von großen Schmerzen begleitet? / le mestruazioni sono o erano accompagnate da forti dolori?

ja / sì nein /no

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? / é incinta?

ja / sì nein /no Wenn ja, in welchem Monat? / se sì, a che mese?.....

Wie viele Schwangerschaften hatten Sie? / quante gravidanze ha avuto?.....

Wie viele Geburten? / quanti parti?.....

Erkrankungen der Gebärmutter? / ha malattie all'utero?

ja / sì nein /no Wenn ja, welche? / se sì, quali?.....

Erkrankungen der Brustdrüse? / malattie al seno?

ja / sì nein /no Wenn ja, welche? / se sì, quali?.....

V. Soziale Anamnesi / anamnesi sociale

Sind Sie verheiratet? / é sposato/a?

ja / sì nein /no

Leben Sie allein? / vive da solo/a?

ja / sì nein /no

Wenn Sie nicht alleine wohnen, haben auch andere Mitglieder Ihrer Lebensgemeinschaft ähnliche Beschwerden wie Sie? / se non vive da solo/a, anche altri coinquilini soffrono di dolori simili ai suoi?

ja / sì nein /no

Haben Sie Geschwister? / Ha fratelli o sorelle?

ja / sì nein /no

Haben Sie Kinder? / ha figli?

ja / sì nein /no

Welche Tätigkeit/en haben Sie bis jetzt beruflich ausgeübt? / qula'è stata la Sua professione fino ad ora?.....

Welche Arbeitsplatzbelastungen kommen bei Ihren früheren Tätigkeiten / bei Ihrer jetzigen Tätigkeit in Frage? / come erano le sue condizioni di lavoro – come sono adesso?

Mit welchen Schadstoffen bzw. Arbeitsstoffen hatten Sie bis jetzt Kontakt oder arbeiten noch damit? / con quale sostanze tossiche era o è in contatto?

Ist Ihre Wohnung mit Schimmelpilz befallen? / c'è della muffa nella Sua abitazione?

ja / sì nein /no

Wann wurden zuletzt größere Wohnungsrenovierungsarbeiten ausgeführt? / quando sono stati fatti gli ultimi lavori di restauro?.....

Welchen Freizeitaktivitäten gehen Sie nach? / che cosa fa nel tempo libero?

Kommen Sie in Ihrer Freizeit mit Schadstoffen in Kontakt? / é in contatto con delle sostanze tossiche nel tempo libero?

ja / sì nein /no Wenn ja, mit welchen? / se sì, con quali?

.....
.....

Besitzen Sie Haustiere? / tiene animali in casa? ja / sì nein /no

Wenn ja, welche? / se sì, quali?.....

Fragen über Ihre Umgebung / Domande sul ambiente attorno a voi:

Werden oder wurden an Ihrem Arbeitsplatz oder um Ihre Wohnung

Pestizide/Unkrautvernichtungsmittel/Insektenvernichtungsmittel gesprüht/

si usano o sono stati usati pesticidi/erbicidi/insetticidi nel posto di lavoro, intorno o all'interno della sua abitazione? ja / sì nein /no

Sind in Ihrer Umgebung Fabriken/Kläranlagen/Müllverbrennungsanlagen?

Ci sono fabbriche, discariche o inceneritori vicino alla sua abitazione?

ja / sì nein /no

wenn ja welche?/e se si di che tipo ?

.....

Landwirtschaft? Ci sono campi coltivati?

ja / sì nein /no

Tankstellen?/Ci sono depositi di carburante o distributori di benzina?

ja / sì nein /no

Funkmasten/Handymasten?/Ci sono ripetitori della telefonia mobile o cavi dell'alta tensione nei pressi di dove abita o lavora?

ja / sì nein /no

**VI. Bisherige Behandlungen und Krankenhausaufenthalte /
cartella clinica: interventi e ricoveri in ospedale**

**VIII Kurze Aufzählung der aktuellen Beschwerden/ breve riassunto
dei disturbi attuali**

Citta e data.....

firma del paziente