



### QUESTIONARIO CLINICO/ANAMNESTICO di ACCETTAZIONE Rev. 12/02/15

Cognome		Nome	
Nato/a	il	Residente a: Via:	
Telefono:		Email:	

Si tiene a precisare che quanto dichiarato in questo questionario rimane strettamente confidenziale fra il medico e il paziente in conformità all'art. 10 del D.Lgs 196/2003 tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

- 1) Ritiene di essere in buona salute? 

si	no
----	----
- 2) La sua pressione è generalmente 

alta	bassa	regolare
------	-------	----------
- 3) E' in stato di gravidanza? 

si	no
----	----
- 4) Soffre di malattie infettive acute o croniche? 

si	no
----	----
- 5) Soffre di malattie contagiose della pelle (micosi, herpes)? 

si	no
----	----
- 6) Prende medicine per: (barrare le caselle inerenti)
 

a) pressione alta	<input type="checkbox"/>	b) diabete	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>compresse</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>insulina</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	compresse	<input type="checkbox"/>	insulina	<input type="checkbox"/>
compresse	<input type="checkbox"/>						
insulina	<input type="checkbox"/>						
c) ipercolesterolemie	<input type="checkbox"/>	d) asma / BPCO	<input type="checkbox"/>				
e) aritmie cardiache	<input type="checkbox"/>	f) epilessia o convulsioni	<input type="checkbox"/>				
- 7) Sta assumendo COUMADIN, SINTROM, PLAVIX o altre medicine per fluidificare il sangue? 

si	no
----	----
- 8) Soffre di malattie cardiache o è portatore di pace-maker o defibrillatore impiantabile? 

si	no
----	----
- 9) Soffre di malattie circolatorie venose o arteriose? 

si	no
----	----
- 10) Soffre o ha sofferto di malattie tumorali? 

si	no
----	----
- 11) Soffre di malattie neurologiche (TIA, esiti di ictus, aneurismi cerebrali, Parkinson)? 

si	no
----	----
- 12) soffre di malattie renali gravi? 

si	no
----	----
- 13) soffre di malattie autoimmuni? 

si	no
----	----
- 14) ha subito interventi chirurgici meno di 6 mesi fa? 

si	no
----	----
- 15) ha subito interventi alla colonna vertebrale o alle articolazioni, soffre di osteoporosi grave o ha ernie discali? 

si	no
----	----
- 16) Soffre di allergie? Se si specificare a cosa: 

si	no
----	----
- 17) Desidera segnalare altro non sopra menzionato? 

si	no
----	----

**Dichiaro che quanto ho scritto corrisponde al vero** in conformità all'art. 1 della legge 724/94 e successive modificazioni ed a conoscenza delle sanzioni previste dagli art.494 e 496 del codice penale per il reato di sostituzione di persona e di dichiarazione mendace

Il		Il dichiarante	Rev.12/02/15
----	--	----------------	--------------