



QUESTIONARIO CLINICO/ANAMNESTICO di ACCETTAZIONE Rev. 12/04/18

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

La dichiarazione sottostante rimarrà strettamente confidenziale fra il medico e il paziente.

1) Ritieni 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	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.

Petriano, il	Il dichiarante
--------------	----------------