

COGNOME NOME

NATO A PROV. IL \ \

CODICE FISCALE (PER FATTURAZIONE)

INDIRIZZO ABITAZIONE N°

CAP CITTÀ PROV.

TELEFONO ABITAZIONE CELLULARE

PROFESSIONE TEL. LAVORO

STATO CIVILE PROFESSIONE DEL CONIUGE

MEDICO DI FAMIGLIA

INVIATO DA E-MAIL

ANAMNESI MEDICA

Vi preghiamo di compilare il più correttamente possibile questa cartella che rimarrà ad uso esclusivo del medico.
Fare una crocetta solamente sulle caselle che interessano:

FUMATORE

FEBBRE REUMATICA

ARTRITE REUMATOIDE

OSTEOPOROSI

DIABETE

IPERTENSIONE

MALATTIE CARDIACHE

MALATTIE RENALI

MALATTIE OCULARI

EPILESSIA

MALATTIE GRAVI
NEGLI ULTIMI 3 ANNI

È IN GRAVIDANZA

MALATTIE TRATTO DIGERENTE

ULCERA GASTRICA

COLITE

MALATTIE DEL SANGUE

ANEMIE

COAGULOPATIE

MALATTIE INFETTIVE

EPATITE B

EPATITE C

AIDS

MALATTIE TRATTO RESPIRATORIO

ASMA

BRONCHITE CRONICA

ALLERGIE

ANTIBIOTICI

ANESTETICI LOCALI

ALTRI FARMACI

ASSUME FARMACI

ANTICOAGULANTI

STEROIDI

INSULINA

TRANQUILLANTI

ALTRI FARMACI

DATA \ \

FIRMA