

ANAMNESI

Sig.....Data di nascita

Le risposte sono necessarie per la programmazione del trattamento terapeutico; in ottemperanza alla legislazione vigente sono confidenziali, riservate al nostro archivio e protette dal segreto professionale.

Gode attualmente di buona salute?

sì	no
----	----

Ha sofferto o soffre delle seguenti malattie?

Malattie di cuore	sì	no	Pressione alta	sì	no
Malattie del sangue	sì	no	Diabete	sì	no
Infezione da HIV (AIDS)	sì	no	Malattie polmonari	sì	no
Epatite	sì	no	Malattie dell'apparato digerente	sì	no
Malattie neurologiche	sì	no	Malattie autoimmuni	sì	no
Malattie del rene	sì	no	Altre malattie		

E' stato sottoposto a interventi chirurgici?

sì	no
----	----

Se sì, quali?

.....

.....

Ha subito fratture, traumi, distorsioni cervicali?

sì	no
----	----

Se sì, quali?

.....

È allergico a qualche farmaco

sì	no
----	----

Quali?.....

Soffre di altre allergie?

sì	no
----	----

Quali?.....

Fuma

sì	no
----	----

È in gravidanza?

sì	no
----	----

Settimana.....

È portatore di PACE MAKER?

sì	no
----	----

Le risposte sono corrette in base alle mie attuali conoscenze; mi impegno a informare il Medico tempestivamente nel caso si verificassero cambiamenti nel mio stato di salute. Le informazioni saranno trattate da HASTAFISIO nel rispetto della legge 331/12/1996 n. 675 (tutela della privacy).

Data

Firma del paziente

.....