

SI CERTIFICA, SULLA SCORTA DEI DATI ANAMNESTICI E CLINICI IN MIO POSSESSO

CHE IL/LA SIG./ SIG.RA _____

CODICE FISCALE _____

DA ME IN CURA DA PIÙ / DA MENO (cancellare la voce che NON interessa) DI UN ANNO,

PRESENTA / NON PRESENTA (cancellare la voce che NON interessa) PREGRESSE CONDIZIONI MORBOSE DI

RILIEVO CLINICO RELATIVE A:

APPARATO CARDIO- CIRCOLATORIO (Se sì, specificare diagnosi)	Sì	Nò
DIABETE MELLITO	Sì	Nò
SISTEMA ENDOCRINO (Se sì, specificare diagnosi)	Sì	Nò
SISTEMA NEUROLOGICO (Se sì, specificare diagnosi)	Sì	Nò
PATOLOGIE PSICHICHE (Se sì, specificare diagnosi)	Sì	Nò
EPILESSIA	Sì	Nò
CONDIZIONI DI DIPENDENZA DA: <input type="checkbox"/> ALCOL / <input type="checkbox"/> SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE (cancellare la voce che non interessa)	Sì	Nò
APPARATO URO-GENITALE: insufficienza renale grave	Sì	Nò
SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI: Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)	Sì	Nò
APPARATO OSTE-ARTICOLARE: gravi alterazioni anatomiche o funzionali	Sì	Nò
ORGANI DI SENSO: gravi patologie visive evolutive	Sì	Nò

DATA _____

TIMBRO DEL MEDICO Con le indicazione eventuale specializzazione posseduta e numero regionale se medico di assistenza primaria	FIRMA DEL MEDICO
---	-------------------------

Io sottoscritto _____

Affermo di aver fornito informazioni veritiere _____