



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO

DA COMPILARE A CURA DEL PAZIENTE PRIMA DI PRENOTARE LA VISITA – LA FIRMA VERRÀ APPOSTA IN CORSO DI VISITA

Il sottoscritto /a _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ in via _____
tel. _____ Codice Fiscale _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, in relazione agli stati patologici sotto elencati, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, in caso di dichiarazioni mendaci, di fornire tutte le informazioni in sua conoscenza utili a definire il suo stato di salute.

- 1. Soffre di patologie a carico dell'apparato cardio-circolatorio?** NO SI
Se SI specificare quali _____
- 2. Ha il diabete mellito?** NO SI
Se SI specificare se: non insulino-dipendente insulino-dipendente
- Ha complicanze relative al diabete?** NO SI
Se SI specificare quali _____
- 3. Ha altre patologie endocrine?** NO SI
Se SI specificare quali _____
- 4. Soffre di patologie del sistema emopoietico?** NO SI
Se SI specificare quali _____
- 5. Soffre di patologie a carico dell'apparato urogenitale?** NO SI
Se SI specificare quali _____
- 6. Soffre di patologie a carico dell'apparato osteo-articolare e muscolare?** NO SI
Se SI specificare quali _____
- 7. Soffre di patologie della vista?** NO SI
Se SI specificare quali _____
- 8. Ha problemi di udito?** NO SI
Se SI specificare quali _____
- 9. Ha patologie a carico del sistema nervoso?** NO SI
Se SI specificare quali _____
- 10. Soffre di Epilessia?** NO SI
Se SI specificare di che tipo _____
- 11. Soffre di turbe e/o patologie psichiche?** NO SI
Se SI specificare di che tipo _____
- 12. Fa o ha fatto ricorso a sostanze psicoattive?** NO SI
Se SI specificare se l'uso è: in atto pregresso
Inoltre, specificare se si tratta di: alcool stupefacenti sostanze psicotrope (psicofarmaci)
- 13. Soffre di Sindrome delle Apnee Notturme (OSAS)?** NO SI
Se SI specificare se usa apparecchi notturni (tipo CPAP) NO SI
-
- 14. ALTRE PATOLOGIE:** _____
- 15. Ha una invalidità riconosciuta (Civile, INPS, INAIL, L. 104/92...)?** NO SI
Se SI specificare la percentuale _____

Data _____

Firma _____