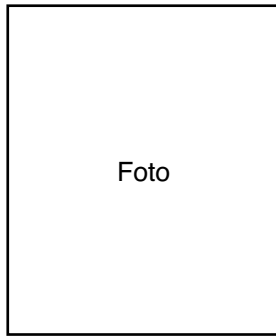




SCHEMA MEDICA



COGNOME: _____ NOME: _____

DATA DI NASCITA: ___/___/_____

TEL: _____ EMAIL: _____

RAPPRESENTANTE LEGALE (minorenni): _____

VIA: _____ CAP: _____ LOCALITÀ: _____

CASSA MALATI: _____ N° MEMBRO: _____

ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE: SI NO

MEDICO CURANTE: _____ TEL: _____

NOME, COGNOME E TEL DI PERSONE DA CONTATTARE IN CASO DI NECESSITÀ O URGENZA:

1. _____ TEL: _____

2. _____ TEL: _____

TUTTE LE DOMANDE SONO DA COMPILARE (cerchiare la risposta corretta):

- **MALATTIE IMPORTANTI IN FAMIGLIA:** **SI** **NO**
Se SI quale/i parente/i e quale/i malattia/e: _____

- **INTERVENTI CHIRURGICI?** **SI** **NO**
Se SI quale/i e quando: _____

- **FUMO?** **SI** **NO**
Se SI quante al dì: _____ Da quanto: _____

- **PROTESI (DENTARIE, ORTOPEDICHE,...)?** **SI** **NO**
Se SI quale/i: _____

- **ALCOL?** **SI** **NO**
Se SI: Ogni tanto 1-3 bicchieri al dì >3 bicchieri al dì

- **ASSUNZIONE ABITUALE DI FARMACI?** **SI** **NO**
Se SI quale/i, da quanto e posologia: _____

- **MALATTIE SIGNIFICATIVE?** **SI** **NO**
Se SI quale/i e da quanto: _____

- **ALLERGIE A FARMACI?** **SI** **NO**
Se SI quale/i: _____

- **TRAUMI/LESIONI DI RILIEVO?** **SI** **NO**
Se SI quale/i e quando: _____

- **ALTRE ALLERGIE?** **SI** **NO**
Se SI quale/i: _____

- **RICOVERI OSPEDALIERI?** **SI** **NO**
Se SI quale/i e quando: _____

OSSERVAZIONI: _____

Luogo e data: _____

Firma: _____