

**Certificato anamnestico da compilare a cura dell'interessato e del medico di fiducia
(ex art. 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833)**

Il/La sottoscritto/a

_____ (Cognome) _____ (Nome)
 Nato/a _____ (Comune) _____ (Provincia) il ____/____/____
 _____ (Comune) _____ (Provincia) (giorno/mese/anno)
 residente in _____ (Comune) _____ (Provincia)
 Via/Piazza _____ n. ____ Tel. _____

D I C H I A R A

in relazione agli **stati patologici** di seguito elencati (barrare la voce interessata)

Sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio?	NO	SI
Se SI quali? _____		
Sussiste diabete?	NO	SI
Se SI specificare trattamento _____		
Sussistono patologie della tiroide/surreni/pancreas, ipofisi?	NO	SI
Se SI quali? _____		
Sussistono turbe e/o patologie psichiche già note?	NO	SI
Se SI quali? _____		
Soffre di Patologie neurologiche?	NO	SI
Se SI quali? _____		
Ha mai avuto crisi epilettiche (o convulsioni)?	NO	SI
Se SI indicare la data dell'ultima crisi e la terapia eseguita _____		
Assume (o ha assunto) farmaci psicotropi (ad es. antidepressivi, tranquillanti, barbiturici, ecc.)?	NO	SI
Se SI quali? _____		
Fa uso o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti?	NO	SI
Se SI di che tipo? _____		
Sussistono malattie del sangue?	NO	SI
Se SI quali? _____		
Sussistono malattie dell'apparato urogenitale?	NO	SI
Se SI quali? _____		
Sussistono malattie dell'apparato visivo?	NO	SI
Se SI quali? _____		

Elencare altre malattie, interventi chirurgici, lesioni, traumi sofferti in passato non indicati nelle voci sopra riportate:

Data ____/____/____

Firma dell'interessato/a

Il Medico di fiducia
(firma, timbro, codice regionale)

