

ALL. 1

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 _____ il ____/____/____
(Comune) (Provincia) (giorno/mese/anno)

residente in _____
(Comune) (Provincia)

Via/Piazza _____ n. ____ Tel. _____

DICHIARA

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)
