

**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. _____

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? _____



ALL. 6

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)

18E11502

