

CERTIFICO, SULLA SCORTA DEI DATI ANAMNESTICI E CLINICI IN MIO POSSESSO, CHE

IL/LA SIG/SIG.RA _____

CODICE FISCALE _____

DA ME IN CURA DA PIÙ/MENO DI UN ANNO

PRESENTA PREGRESSE CONDIZIONI MORBOSE DI RILIEVO CLINICO RELATIVE A

§ PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI SI NO

(SE SI SPECIFICARE DIAGNOSI)

§ DIABETE MELLITO SI NO

§ PATOLOGIE ENDOCRINE SI NO

(SE SI SPECIFICARE DIAGNOSI)

§ PATOLOGIE PSICHICHE SI NO

(SE SI SPECIFICARE DIAGNOSI)

§ PATOLOGIE NEUROLOGICHE SI NO

(SE SI SPECIFICARE DIAGNOSI)

§ EPILESSIA SI NO

§ CONDIZIONI DI DIPENDENZA DA:

ALCOOL/SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE * SI NO

§ APPARATO URINARIO: INSUFFICIENZA RENALE GRAVE SI NO

§ PATOLOGIE EMATOLOGICHE SI NO

(SPECIFICARE)

§ MENOMAZIONI FISICHE O FUNZIONALI SI NO

(SE SI SPECIFICARE)

§ GRAVI PATOLOGIE VISIVE O EVOLUTIVE SI NO

§ ALTRO (SE SI SPECIFICARE) SI NO

DATA _____

AFFERMO DI AVER FORNITO DICHIARAZIONI VERITIERE(*)

FIRMA PAZIENTE _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO _____