

Libretto n. \_\_\_\_\_

## QUESTIONARIO SANITARIO

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso M/F \_\_\_\_\_

### ANAMNESI FISIOLOGICA

Costituzione: Altezza cm. \_\_\_\_\_ peso Kg. \_\_\_\_\_

### ANAMNESI PATOLOGICA

|  | NO                       | SI                       |                           |       |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|-------|
| Traumi e Infortuni negli<br>Ultimi 10 anni?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sede anatomica colpita?   | _____ |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Con quali conseguenze?    | _____ |
|  |                          | <input type="checkbox"/> | Sede anatomica colpita?   | _____ |
|  |                          | <input type="checkbox"/> | Con quali conseguenze?    | _____ |
| Ricoveri ospedalieri<br>Negli ultimi 10 anni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Per malattia              | _____ |
|  |                          | <input type="checkbox"/> | Per intervento chirurgico | _____ |
|  |                          | <input type="checkbox"/> | Per malattia              | _____ |
|  |                          | <input type="checkbox"/> | Per intervento chirurgico | _____ |

***(nel caso di ricoveri ospedalieri allegare la documentazione medica necessaria per una valutazione obiettiva)***

### ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI EFFETTUATI

|   | NO                       | SI                       | Quali? | Con quali conseguenze?      | Data  |
|---|--------------------------|--------------------------|--------|-----------------------------|-------|
| Ha sofferto negli ultimi<br>3 anni o soffre attualmente<br>di malattie diagnostiche o<br>curate e/o disturbi ricorrenti<br>o cronici? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        |                             | _____ |
|   |                          |                          |        |                             | _____ |
| Ha eseguito accertamenti<br>clinici e/o Diagnostici<br>negli ultimi 3 anni?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quali? | A carico di quale apparato? | Data  |
|   |                          |                          |        |                             | _____ |

|  | NO                       | SI                       | Quali? | Per quale motivo? | Data  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------|-------------------|-------|
| Stà attualmente seguendo cure<br>Mediche o prendendo medicinali? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  | _____             | _____ |
|  |                          |                          | _____  | _____             | _____ |
|  |                          |                          | _____  | _____             | _____ |

**(allegare referti medici di eventuali accertamenti o altra documentazione medica)**

Data, \_\_\_\_\_

In Fede

(Firma dell'Assicurato)

\_\_\_\_\_

*Quanto espressamente contemplato in materia di privacy ai sensi degli artt. 13 e 14 del 27 Aprile 2016/679 è stato autorizzato nella scheda informativa mod. "PRIVACY 1" al momento dell'iscrizione alla Commercianti Mutua Ospedaliera*