

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 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 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 3 anni o soffre attualmente di malattie diagnosticate o curate e/o disturbi ricorrenti o cronici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	



	NO	SI	Quali?	A carico di quale apparato?	Data
Ha eseguito accertamenti clinici e/o Diagnostici negli ultimi 3 anni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

	NO	SI	Quali?	Per quale motivo?	Data
Stà attualmente seguendo cure 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

