

Libretto n. _____

QUESTIONARIO SANITARIO

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____ Sesso M/F _____

ANAMNESI FISIOLOGICA

Costituzione: Altezza cm. _____ peso Kg. _____

ANAMNESI PATOLOGICA

Traumi e Infortuni negli
Ultimi 10 anni? ☐ NO ☐ SI

Sede anatomica colpita? _____

Con quali conseguenze? _____

Ricoveri ospedalieri
Negli ultimi 10 anni ☐ ☐ Per malattia _____

☐ 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?	☐	☐		_____	_____

	NO	SI	Quali?	A carico di quale apparato?	Data
Ha eseguito accertamenti clinici e/o Diagnostici negli ultimi 3 anni?	☐	☐		_____	_____

	NO	SI	Quali?	Per quale motivo?	Data
Sta attualmente seguendo cure Mediche o prendendo medicinali?	☐	☐		_____	_____

(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





Via Valle Venosta, 4 – 21100 – Varese – Tel. 0332/342212 Cell. 375/9019101 – P.I 80002070128 – info@cmovarese.it – www.cmovarese.it



CONFCOMMERCIO
IMPRESE PER L'ITALIA
PROVINCIA DI VARESE