

CERTIFICATO ANAMNESTICO

(art. 119, comma 3, del D. Lgs. n. 285/92 come modificato dalla L. n. 120/2010)

(da redigere da parte del medico di fiducia)

Si certifica che, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso,

il/la Sig./Sig./ra _____

Codice Fiscale _____

nato/a a _____

il _____

residente in Roma, via/p.za _____ n. _____

- da me in cura da più/da meno di un anno,
- presenta LE SEGUENTI CONDIZIONI:

(selezionare con una X la risposta desiderata):

Apparato cardiocircolatorio SI NO
(se SI, specificare diagnosi) _____

Apparato respiratorio SI NO
(se SI, specificare diagnosi) _____

Diabete mellito SI NO
Insulinodipendente? SI NO
Eventuali complicanze _____

Sistema endocrino SI NO
(se SI, specificare diagnosi) _____

Apparato oste-orticolare: gravi alterazioni anatomiche o funzionali SI NO
(se SI, specificare diagnosi) _____

Sangue e organi emopoietici SI NO
(se SI, specificare diagnosi) _____

Apparato uro-genitale: insufficienza renale grave SI NO
(se SI, specificare diagnosi) _____

Trapianto d'organo SI NO
(se SI, specificare diagnosi) _____

Organi di senso: patologie visive e/o uditive SI NO
(se SI, specificare diagnosi. Es.: miopia/presbiopia etc.) _____

Patologie del sistema nervoso SI NO
(se SI, specificare diagnosi) _____

Epilessia o ha manifestato crisi epilettiche **SI** **NO**
(se SI specificare data ultima crisi)

Patologie psichiche **SI** **NO**
(se SI, specificare diagnosi)

In terapia con farmaci **SI** **NO**
(se SI, specificare farmaci e dosi)

Condizioni di dipendenza da: alcool/sostanze stupefacenti/psicotrope **SI** **NO**
(se SI, specificare farmaci e dosi)

Riconoscimento di Invalidità Civile e/o Legge 104/92 (Handicap) **SI** **NO**
(se SI, specificare percentuale e tipo di handicap)

Esenzione ticket per patologia **SI** **NO**
(se SI, specificare)

Luogo e data _____

Timbro e Firma del Medico
(con numero regionale se medico di assistenza primaria)