



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA: CERTIFICATO ANAMNESTICO

DA COMPILARE A CURA DEL PAZIENTE PRIMA DI PRENOTARE LA VISITA – LA FIRMA VERRA' APPOSTA IN CORSO DI VISITA

Il sottoscritto /a _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ in via _____

DICHIARA sotto la propria responsabilità, in relazione agli stati patologici sotto elencati

(In caso di dichiarazione mendace si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa ai sensi degli art 128-129-130 del codice della strada, così come modificati dagli artt. 9-10-11 del D.P.R. 19/4/1994 n° 575, salvo che non si configuri ipotesi di reato):

1. Soffre di patologie a carico dell'apparato cardio-circolatorio? NO SI

Se SI specificare quali _____

2. Ha il diabete mellito? NO SI

Se SI specificare se: non insulino-dipendente insulino-dipendente

Ha complicanze relative al diabete? NO SI

Se SI specificare quali _____

3. Ha altre patologie endocrine? NO SI

Se SI specificare quali _____

4. Soffre di patologie del sistema emopoietico? NO SI

Se SI specificare quali _____

5. Soffre di patologie a carico dell'apparato urogenitale? NO SI

Se SI specificare quali _____

6. Soffre di patologie a carico dell'apparato osteo-articolare e muscolare? NO SI

Se SI specificare quali _____

7. Soffre di patologie della vista? NO SI

Se SI specificare quali _____

8. Ha problemi di udito? NO SI

Se SI specificare quali _____

9. Ha patologie a carico del sistema nervoso? NO SI

Se SI specificare quali _____

10. Soffre di Epilessia? NO SI

Se SI specificare di che tipo _____

11. Soffre di turbe e/o patologie psichiche? NO SI

Se SI specificare di che tipo _____

12. Fa o ha fatto ricorso a sostanze psicoattive? NO SI

Se SI specificare se l'uso è: in atto pregresso

Inoltre specificare se si tratta di: alcool stupefacenti sostanze psicotrope (psicofarmaci)

13. Soffre di Sindrome delle Apnee Notturme (OSAS)? NO SI

Se SI specificare se usa apparecchi notturni (tipo CPAP) NO SI

14. Ha una invalidità riconosciuta (Civile, INPS, INAIL, L. 104/92...)? NO SI

Se SI specificare la percentuale _____

Data ____/____/____

Firma _____