

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Cognome e Nome del Socio: ..... Data di nascita .....

Residenza ..... via ..... N° ..... Prov. ....

Telefono: .....

Assistenze sottoscritte: .....

Peso ..... Altezza ..... Pressione arteriosa: min ..... max .....

### Dichiarazioni del Socio

1. E' a conoscenza di aver sofferto o di essere affetto da malattie in atto, da difetti fisici ?

 SI

 NO

In caso affermativo di quale malattie? .....

Di quale difetto fisico è affetto? .....

2. In passato è stato ricoverato, con o senza intervento chirurgico?

 SI

 NO

In caso affermativo, quando è stato ricoverato? .....

Quale è stato il motivo del ricovero? .....

Di quale natura è stato l'intervento? .....

Sono residuati dei postumi? .....

Sta praticando trattamenti terapeutici? Di che tipo? .....

3. Negli ultimi due anni si è sottoposto ad accertamenti diagnostici, esami di laboratorio ecc.?

 SI

 NO

Quando? .....

Sono stati registrati risultati al di fuori dei valori normali ?

 SI

 NO

In caso affermativo allegghi la relativa documentazione medica.

4. Ha subito infortuni?

 SI

 NO

In caso affermativo di quale natura? .....

In che data? .....

Con quali postumi? .....

I dati contenuti nel questionario saranno trattati con la riservatezza tutelata dalla legge 196/03, con le modalità descritte nell'informativa scritta che ti abbiamo rilasciato e nei limiti del consenso al trattamento dei tuoi dati personali da te sottoscritto. Le dichiarazioni inesatte o reticenti rese in sede di compilazione del presente questionario possono comportare la mancata corresponsione di quanto previsto dalla forma di assistenza sanitaria sottoscritta dal Socio. Con la presente dichiarazione il Socio scioglie inoltre dal segreto professionale i medici che possono o potranno visitarlo o curarlo.

LETTO ED APPROVATO SPECIFICATAMENTE

Data .....

Firma .....