



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL 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 _____
tel. _____ C.F. _____

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? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Se SI specificare quali _____ | | |
| 2. Ha il diabete mellito? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Se SI specificare se: <input type="checkbox"/> non insulino-dipendente <input type="checkbox"/> insulino-dipendente | | |
| Ha complicanze relative al diabete? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Se SI specificare quali _____ | | |
| 3. Ha altre patologie endocrine? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Se SI specificare quali _____ | | |
| 4. Soffre di patologie del sistema emopoietico? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Se SI specificare quali _____ | | |
| 5. Soffre di patologie a carico dell'apparato urogenitale? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Se SI specificare quali _____ | | |
| 6. Soffre di patologie a carico dell'apparato osteo-articolare e muscolare? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Se SI specificare quali _____ | | |
| 7. Soffre di patologie della vista? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Se SI specificare quali _____ | | |
| 8. Ha problemi di udito? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Se SI specificare quali _____ | | |
| 9. Ha patologie a carico del sistema nervoso? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Se SI specificare quali _____ | | |
| 10. Soffre di Epilessia? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Se SI specificare di che tipo _____ | | |
| 11. Soffre di turbe e/o patologie psichiche? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Se SI specificare di che tipo _____ | | |
| 12. Fa o ha fatto ricorso a sostanze psicoattive? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Se SI specificare se l'uso è: <input type="checkbox"/> in atto <input type="checkbox"/> pregresso | | |
| Inoltre specificare se si tratta di: <input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> stupefacenti <input type="checkbox"/> sostanze psicotrope (psicofarmaci) | | |
| 13. Soffre di Sindrome delle Apnee Notturme (OSAS)? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Se SI specificare se usa apparecchi notturni (tipo CPAP) | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| ----- | | |
| 14. ALTRE PATOLOGIE: | _____ | |
| 15. Ha una invalidità riconosciuta (Civile, INPS, INAIL, L. 104/92...)? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Se SI specificare la percentuale _____ | | |

Data ____ / ____ / ____

Firma _____