



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? 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. ALTRE PATOLOGIE: _____

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

Se SI specificare la percentuale _____

Data ____ / ____ / ____

Firma _____