

ANAMNESI PERSONALE

(questo modulo deve essere consegnato il giorno della visita **GIA' COMPILATO**)

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

Patologie sofferte (barrare la casella interessata)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Iperensione arteriosa | <input type="checkbox"/> Cardiopatia ischemica | <input type="checkbox"/> Infarto del miocardio |
| <input type="checkbox"/> Ipercolesteromia | <input type="checkbox"/> Diabete | <input type="checkbox"/> Iperuricemia |
| <input type="checkbox"/> Bronchite cronica | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Allergie |
| <input type="checkbox"/> Calcolosi alla colecisti | <input type="checkbox"/> Epatite | <input type="checkbox"/> Malattie intestinali |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Varici | <input type="checkbox"/> Tumori |
| <input type="checkbox"/> Ernia iatale | <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

Interventi chirurgici (barrare la casella interessata)

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tonsille | <input type="checkbox"/> Adenoidi | <input type="checkbox"/> Appendice |
| <input type="checkbox"/> Ernia inguinale | <input type="checkbox"/> Ernia discale | <input type="checkbox"/> Colecisti |
| <input type="checkbox"/> Vescica | <input type="checkbox"/> Fegato | <input type="checkbox"/> Intestino |
| <input type="checkbox"/> Tiroide | <input type="checkbox"/> Mammella | <input type="checkbox"/> Utero |
| <input type="checkbox"/> Prostata | <input type="checkbox"/> Varici | |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | | |

Terapie in atto (barrare la casella interessata)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antiipertensivi | <input type="checkbox"/> Antiaritmici | <input type="checkbox"/> Antireumatici |
| <input type="checkbox"/> Ipoglicemizzanti | <input type="checkbox"/> Antidislipidemici | <input type="checkbox"/> Anticoagulanti |
| <input type="checkbox"/> Ormoni | <input type="checkbox"/> Antitumorali | <input type="checkbox"/> Antibiotici |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | | |

Firma Paziente _____

.....PARTE RISERVATA AL MEDICO VISITATORE.....

Necessita di un ciclo di 14 trattamenti di idrokinesiterapia in acqua termale.

P.A. _____ F.C. _____ NOTE _____

DATA _____ FIRMA _____