

Certificato anamnestico da compilare a cura del medico curante  
ai sensi dell'art. 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Tipo documento \_\_\_\_\_

Numero \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

(barrare la voce interessata)

Sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio NO SI

Se SI quali? \_\_\_\_\_

Sussiste diabete? NO SI

Se SI specificare trattamento \_\_\_\_\_

Sussistono patologie della tiroide/surreni/pancreas/ ipofisi NO SI

Se SI quali? \_\_\_\_\_

Sussistono turbe e/o patologie psichiche già note NO SI

Se SI quali? \_\_\_\_\_

Soffre di patologie neurologiche? NO SI

Se SI quali? \_\_\_\_\_

Ha mai avuto crisi epilettiche (o convulsioni)? NO SI

Se SI indicare la data dell'ultima crisi e la terapia eseguita \_\_\_\_\_

Assume o ha assunto farmaci psicotropi (ad. es. antidepressivi, tranquillanti, barbiturici, altro)? NO SI

Se SI quali? \_\_\_\_\_

Fa uso o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti? NO SI

Se SI di che tipo? \_\_\_\_\_

Sussistono malattie del sangue? NO SI

Se SI quali? \_\_\_\_\_

Sussistono dell'apparato urogenitale? NO SI

Se SI quali? \_\_\_\_\_

Sussistono malattie e/o alterazioni dell'apparato visivo che comportino l'uso di occhiali da vista

o lenti a contatto? NO SI

Se SI quali? \_\_\_\_\_

Elencare eventuali condizioni morbose pregresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, consapevole delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

Firma dell'interessato/a

\_\_\_\_\_

Firma del Medico di fiducia e codice regionale  
(Nome e Cognome, timbro)

\_\_\_\_\_

Luogo e data, \_\_\_\_\_