

Questionario anamnestico

1. Nome, Cognome _____ data di nascita _____

e-mail _____ tel. _____

Indirizzo, codice postale, luogo _____

2. Descriva i suoi disturbi attuali:

3. Quali altre malattie avete?

4. Quali operazioni avete subito?

5. Quali medicinali prende attualmente?

6. Sono conosciute delle allergie?

medicine _____ alimenti _____

polline _____ altri _____

7. Ha disturbi come costipazione diarrea insonnia?

8. peso attuale _____ altezza _____

9. Fuma? _____

10. Quanto alcool consuma? _____

11. Quali vaccinazioni ha? _____

12. Ci sono delle malattie ereditarie, tumori o malattie metaboliche nella vostra famiglia?
