

## 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?

---