

## 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"/> Ipertensione 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"/> Antidislipidemic | <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 \_\_\_\_\_