



SCHEDA MEDICA

(da presentarsi all'arrivo)

Cognome _____ Nome _____

Luogo e Data di Nascita _____

Domicilio (o istituto) via _____

Gruppo sanguigno _____ Fattore "RH" _____

Tel: _____ Cell: _____ Altro _____

Codice Fiscale _____ Codice Esenzione _____

AFFEZIONI CARDIACHE VASCOLARI **NO** **PREGRESSA** **IN ATTO**

Specificare quale terapia praticata _____

Farmaci e posologia _____

DIABETE **SI** **NO**

Farmaci e posologia _____

Insulina (specificare tipo e posologia) _____

MALATTIE ENDOCRINE **SI** **NO**

Se si specificare _____

Farmaci e posologia _____

MALATTIE SIST. NERVOSO **SI** **NO**

Se si specificare _____

Farmaci e posologia _____

TURBE PSICHICHE **SI** **NO**

Se si specificare _____

Farmaci e posologia _____

USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE **SI** **NO**

Se si specificare _____

MALATTIE DEL SANGUE **SI** **NO** **PREGRESSE**

Se si specificare _____

MALATTIE APPARATO UROGENITALE **SI** **NO** **PREGRESSE**

Se si specificare _____

Terapia _____



ASSOCIAZIONE SERGIO MAIORANO ODV

TRAUMI	SI	NO
Esiti _____		
Terapia _____		
MALATTIE APPARATO LOCOMOTORE	SI	NO
Se si specificare _____		
Terapia _____		
MALATTIE APPARATO DIGERENTE	SI	NO
Se si specificare _____		
Terapia _____		
MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO	SI	NO
Se si specificare _____		
Terapia _____		
MALATTIE INFETTIVE	SI	NO
Se si specificare _____		
Terapia _____		
DERMOPATIE	SI	NO
Se si specificare _____		
Terapia _____		
ALLERGIE A FARMACI O ALIMENTARE	SI	NO
Se si specificare _____		
DIETE PARTICOLARI _____		
DIAGNOSI CONCLUSIVA _____		

Firma e Timbro del medico

Indirizzo _____

Data _____

Tel: _____

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi della legge 675/96