

Questionario di anamnesi

Per favore, compilare, sottolineando ciò che è pertinente.

Le informazioni sono soggette al segreto medico!

Nome e Cognome: _____

Data di nascita: _____

Cara paziente, caro paziente,

Siamo lieti di darvi il benvenuto nel nostro studio medico. Per un trattamento di successo da parte del vostro medico, è molto importante conoscere la vostra storia clinica.

Vi preghiamo pertanto di rispondere alle seguenti domande nel miglior modo possibile. Le vostre informazioni sono soggette al segreto medico e vengono utilizzate esclusivamente per adattare la terapia al vostro stato di salute.

Se una domanda vi sembra incomprensibile, un assistente medico sarà lieto di aiutarvi a rispondere.

Anamnesi personale

Hai avuto una o più delle seguenti malattie infantili?

Morbillo	No	Si	Non so
Rosolia	No	Si	Non so
Varicella	No	Si	Non so
Parotite/Orecchioni	No	Si	Non so
Scarlattina	No	Si	Non so

Leiden Sie an einer unten aufgeführten Erkrankung?

Diabetes mellitus tipo 1		malattie renali	
Diabetes mellitus tipo 2		malattie delle vie respiratorie	
ipertensione		malattie neurologiche	
Hai avuto un infarto?		gota	
ictus		Patologie del tratto digerente	
disfunzioni della circolazione		Problemi di digestione	
fibrillazione atriale		reumatismo	
altre malattie cardiache		osteoporosi	
emorragie cerebral		varici	
malattie cancerose		epilessia	
malattie della tiroide		malattie mentali	
malattie del fegato		HIV/Epatite	

Qui è possibile descrivere le malattie menzionate in precedenza:

Quali altre malattie hai/avevi?

Allergie e intolleranze?

Dei tuoi genitori o fratelli soffrono di: diabete, pressione alta, malattie cardiache, trombosi, ictus o malattie oncologiche?

Prendi regolarmente farmaci?
(Annotare nome + dosaggio)

Hai già subito interventi chirurgici? Quali? Quando?

Quando è stato l'ultimo check-up?

Hai un certificato di vaccinazione?		
No	Si	Non so

Se sì, portalo al tuo prossimo appuntamento. Saremo felici di verificare la completezza del tuo piano di vaccinazione

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SULLO STILE DI VITA E LA VITA SOCIALE

Vivi da solo, con un partner o in famiglia?

Fumi? Quante sigarette al giorno?

Bevi alcolici? Raramente o regolarmente?

Assumi droghe? Quali?

Ti alleni o fai sport?

HAI ATTUALI FASTIDI? QUAL È IL MOTIVO DEL TUO VISITA?

(Per favore, discutere con il medico)

GRAZIE PER LE INFORMAZIONI CHE TRATTIAMO IN MODO CONFIDENZIALE

Data e firma
