

SCHEDA ANAGRAFICA PAZIENTE

Nome: _____

Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Data di nascita: ____/____/____

Luogo di nascita: _____ ()

Residenza: _____

Domicilio: se diverso _____

Telefono: _____

Cellulare: _____

Email (☐ consenso all'invio sulla mail di ricette dematerializzate): _____

Stato civile: _____

Titolo di studio: _____

Professione: (per individuare eventuali rischi connessi all'attività lavorativa in atto o pregressa; se in pensione, scrivere ad esempio "ex impiegato/artigiano/operaio in pensione") _____

Eventuale persona di riferimento e recapito: _____

Precedente Medico di Famiglia: _____

VARIE

Allergie/intolleranze: _____

Trapianti/protesi/impianti: _____

Organi mancanti: _____

Gruppo sanguigno: _____

Dialisi: _____

Fumo (se fumatori inserire numero sigarette/die, se ex-fumatori indicare quando si ha smesso e quanto si fumava oppure scrivere "mai stato fumatore"): _____

Alcol (inserire numero eventuali bicchieri di vino/birra/superalcolici a pasto o alla settimana): _____

Peso: _____ kg

Altezza: _____ cm

Attività fisica/sport: _____

Per le donne

Contraccezione: _____

Gravidanze/Aborti spontanei/IVG: _____

Età menopausa: _____ anni

FAMILIARITA' PER PATOLOGIE:

(Scrivere qui eventuali patologie presenti in famiglia separandole per persona, ad esempio "ipertensione padre, diabete madre, tumore colon nonno materno")

PROBLEMI RILEVANTI:

(Scrivere qui importanti patologie pregresse, ricoveri ospedalieri e le patologie in corso, per queste ultime scrivere **ANCHE l'anno di insorgenza** oppure scrivere "nessuna patologia")

Continua sul retro