Cognome e Nome Luogo e Data di Nascita

Professione Indirizzo

Stato Civile Tel.

Libretto Sanitario n.

Medico Curante Recapito Familiare

Tel. Tel.

SCHEDA ANAMNESTICA E SANITARIA

*(da compilare da parte del medico curante)*

1. Condizioni Generali:
2. Condizioni Psichiche:
3. Incontinenza Urinaria: SI NO
4. Deambulazione:
5. Alimentazione: Dieta Particolare SI NO

Di quale tipo

1. Alimentazione autonoma: SI NO
2. Patologie in atto:
3. Terapie in atto:
4. Igiene della persona: SI NO
5. Autonomia nel vestirsi e spogliarsi: SI NO
6. Alvo:
7. Allergie a:
8. Apparato respiratorio:
9. Apparato Cardiovascolare:

15) P.A:

# Tipo di clima consigliato:

1. **E’ in grado di vivere in Comunità ? SI NO**

# E’ in grado di compiere in modo autonomo gli atti quotidiani della vita? SI NO

IL MEDICO CURANTE

Data