Cognome e Nome _____

Luogo e Data di Nascita _____

Professione _____ Stato Civile _____

Indirizzo _____ Tel. _____

Libretto Sanitario n. _____

Medico Curante _____ Tel. _____

Recapito Familiare _____ 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 _____

6) Alimentazione autonoma: SI NO

7) Patologie in atto: _____

_____

8) Terapie in atto: _____

9) Igiene della persona: SI NO

10) Autonomia nel vestirsi e spogliarsi: SI NO

11) Alvo: _____

12) Allergie a: _____

13) Apparato respiratorio: _____

14) Apparato Cardiovascolare: _____

15) P.A: _____

16) Tipo di clima consigliato: _____

17) E' in grado di vivere in Comunità ? SI NO

18) E' in grado di compiere in modo autonomo gli atti quotidiani della vita? SI NO

IL MEDICO CURANTE

_____

Data _____