



SCHEDA RACCOLTA DATI SULLO STATO DI SALUTE

COGNOME NOME

NATO/A IL A

RESIDENTE A TEL.

CODICE FISCALE

SESSO M F GRAVIDANZA IN ATTO: SI NO

ALTEZZA CM PESO KG

FUMA: SI NO NUMERO SIGARETTE AL GIORNO

BEVE ALCOLICI: SI NO BICCHIERI AL GIORNO

IN PASSATO HA MAI SOFFERTO DI MALATTIE AI SEGUENTI APPARATI:

CARDIOVASCOLARE: <input type="checkbox"/> ANGINA <input type="checkbox"/> INFARTO <input type="checkbox"/> ARITMIA <input type="checkbox"/> VIZI VALVOLARI <input type="checkbox"/> ALTRO	RESPIRATORIO: <input type="checkbox"/> ASMA BRONCHIALE <input type="checkbox"/> BRONCHITE CRONICA <input type="checkbox"/> ENFISEMA POLMONARE <input type="checkbox"/> ALTRO
NEUROLOGICO: <input type="checkbox"/> ATT. ISCHEMICI TRANSIT. (TIA) <input type="checkbox"/> ICTUS <input type="checkbox"/> EPISODI DI AMNESIA <input type="checkbox"/> ALTRO	RENALE: <input type="checkbox"/> CALCOLI <input type="checkbox"/> INSUFFICIENZA RENALE <input type="checkbox"/> ALTRO
SCHELETRICO: <input type="checkbox"/> FRATTURE <input type="checkbox"/> LUSSAZIONI <input type="checkbox"/> ALTRO	MUSCOLARE: <input type="checkbox"/> STRAPPI MUSCOLARI <input type="checkbox"/> ALTRO
ENDOCRINO: <input type="checkbox"/> DIABETE <input type="checkbox"/> ALTERAZIONI DELLA TIROIDE <input type="checkbox"/> ALTRO	ALTRO/ INTERVENTI CHIRURGICI :

TERAPIE FARMACOLOGICHE IN ATTO:

1) MOTIVO

2) MOTIVO

3) MOTIVO

4) MOTIVO

TERAPIE NON FARMACOLOGICHE IN ATTO:

- ERBORISTERIA / FITOTERAPIA
- OMEOPATIA
- FIORI DI BACH
- INTEGRATORI ALIMENTARI
- ALTRO

DATA COMPILAZIONE

FIRMA