

Il sottoscritto Dottor \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
dichiara quanto segue relativamente al Signor/a \_\_\_\_\_

## CENNI ANAMNESTICI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## RICOVERI OSPEDALIERI NEGLI ULTIMI TRE ANNI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DIAGNOSI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## APPARATO BRONCOPOLMONARE

- Bronchite cronica
- Crisi dispnoiche recidivanti
- TBC in atto o progressa

Altra patologia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## APPARATO CARDIOVASCOLARE

- Ipertensione
- Scompenso cardiaco
- Insufficienza cardiaca
- Aritmie gravi
- Pace-maker
- Arteriopatie periferiche

Altra patologia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## APPARATO GASTROINTESTINALE

- Ulcera gastroduodenale in atto
- Malassorbimento
- Ano preternaturale
- Cirrosi epatica
- Diverticolosi intestinale del colon

Altra patologia .....

.....

## APPARATO GENITO-URINARIO

- Insufficienza renale
- Ipertrofia prostatica
- Cistopielite cronica
- Portatore di catetere

Altra patologia .....

.....

## APPARATO NEUROLOGICO

- Monoparesi                       Emiparesi                       Paraparesi
- Emiplegia                           Paraplegia
- Deficit dell'equilibrio

Ansia

Parkinsonismo

Tremori

Rigidità

Altra patologia .....

.....

## APPARATO OSTEOARTICOLARE

- Blocchi articolari
- Osteoporsi



# DICHIARAZIONE MEDICA

Allegato 1 MOD INS 03 Rev. 01



- o Fratture pregresse o recenti

Altra patologia .....

.....

## MALATTIE METABOLICHE

- o Diabete

Altra patologia .....

.....

## PATOLOGIA NEOPLASTICA

- o Fase evolutiva

- o Metastasi

Sede, caratteristiche, data del ricovero .....

.....

## ALTRE PATOLOGIE GRAVI:

.....

## ANAMNESI ALLERGOLOGICA:

.....

## GIUDIZIO COMPLESSIVO:

.....

## TERAPIA IN ATTO

.....

Data .....

TIMBRO E FIRMA