

I dati sono strettamente riservati e raccolti nel rispetto degli articoli 11 e 23 legge 675/96.

COGNOME _____ **NOME** _____

Nato a _____ Nato il _____ Indirizzo di residenza _____

CAP _____ Città _____ Tel. fisso _____ Cellulare _____

OCCUPAZIONE _____

MEDICO DI FAMIGLIA/PEDIATRA _____

SE MINORE: MAMMA _____ **PAPA'** _____

FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA _____ BERGAMO SOCIAL CARD

TITOLARE DELL'ASSISTENZA _____ ASSISTENZA DIRETTA INDIRETTA

N° TESSERA _____ DOCUMENTO DI IDENTITA' _____

L'appartenenza a Fondi di Assistenza Privata o Assicurazioni Mediche o Bergamo Social Card devono essere comunicate all'atto della prima visita.
Comunicazioni successive non potranno essere gestite né in forma diretta né in forma indiretta, pertanto i relativi onorari verranno saldati direttamente dal paziente e non potrà emessa alcuna documentazione per i Fondi Assicurativi.

RISPONDERE ALLE SEGUENTI DOMANDE IN MANIERA ESAURIENTE

Tale questionario permette al medico una corretta diagnosi delle condizioni di salute.

Motivo della visita _____

Cure dentarie precedenti _____

Malattia importante negli ultimi 5 anni _____

Attualmente prende qualche farmaco? _____

Problemi/allergie ai farmaci _____

Soffre o ha sofferto in passato di queste malattie? _____

CUORE	REUMATISMI	EPATITE VIRALE	SANGUINAMENTO ABBONDANTE
PRESSIONE ALTA/BASSA	TIROIDE	ULCERA	SVENIMENTI
ASMA	ALLERGIE	SINUSITI	MANCANZA DI RESPIRO
DIABETE	EPILESSIA	FEGATO	DOLORI AL TORACE
RENI	ARTICOLAZIONI	SANGUE	SOFFI CARDIACI
PROBLEMI ORMONALI	CANCRO	OCCHI	BIFOSFONATI
RIGONFIAMENTO LINFONODI			

AUTORIZZO il dott. Massimiliano Lombardo a visitarmi e sono consapevole che potrebbero essere necessarie radiografie digitali a basso dosaggio per una migliore diagnosi.

Le pazienti in gravidanza certa o presunta sono pregate di avvisare lo studio prima della visita.

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

l'utilizzazione della documentazione raccolta a scopo di ricerca scientifica e/o pubblicazione purchè sia assicurata la riservatezza della stessa

CHI LE HA CONSIGLIATO QUESTO STUDIO? _____

GIORNI PREFERITI PER GLI APPUNTAMENTI _____

ORARIO PREFERITO PER GLI APPUNTAMENTI _____

Data _____

Firma _____