



Per i nostri nuovi pazienti

Necessitiamo delle seguenti informazioni per poter rispondere alle sue esigenze, offrendo le nostre migliori prestazioni.

Cognome _____ Nome _____
Via e Civico _____ Cap e Località _____
N° Telefono _____ N° Cellulare _____
N° Ufficio o altro _____ E-mail _____
Data di nascita ___/___/_____ Professione _____
Cassa Malati _____

Tramite chi ha avuto il mio nominativo? _____

Il suo medico di famiglia

Cognome Nome _____ N° Telefono _____
Via e Civico _____ Località _____

**Ricordiamo che il podologo, come le altre figure mediche e sanitarie, è tenuto al segreto professionale.
I suoi dati verranno utilizzati solo ed esclusivamente al fine di garantire il trattamento più adeguato al suo caso.**

Anamnesi familiare (mamma, papà, sorelle, fratelli, parenti stretti diretti)

Hanno sofferto o soffrono di una di queste malattie?

Diabete Malattie cardiovascolari Problemi venosi Problemi arteriosi Sovrappeso

Acconsento allo scambio di informazioni tra medico curante e lo studio di podologia? No Sì

Acconsento ad effettuare dei rilievi fotografici? No Sì

La sua anamnesi preliminare

- Assume medicinali? No Sì
Crociare se uno di questi: Cortisone Immunosoppressori Chemioterapici
-Altri medicinali: _____

 - Assume anticoagulanti? No Sì
-Se sì quali? _____

 - È affetto da diabete? No Sì
-Se sì di che tipo? Tipo 1 Tipo 2
-Da quanti anni? _____
-Terapia medicamentosa? _____

 - È affetto da malattie infettive? No Sì
-Se sì quale/i: Epatite HIV MRSA Altro: _____

 - Soffre di problemi circolatori? No Sì
-Se sì di che tipo? Venosi Arteriosi
-Porta calze elastiche? No Sì

 - È affetto da malattie neurologiche? No Sì
-Se sì di che tipo? _____

 - Soffre di altre malattie? No Sì
-Se sì quali? _____

 - Ha subito interventi chirurgici? No Sì
-Se sì quali? _____

 - Ha allergie? No Sì
 Lattice Cerotti Disinfettanti/Alcool Parabeni Altro

 - Fuma? No Sì -Quanto? _____/al giorno

 - Pratica sport o cammina regolarmente? No Sì
-Quale attività? _____ -Con quanta intensità? _____/Sett

 - Usa plantari? No Sì
-Da quanto? _____ -Per quale motivo? _____
- Altezza: _____(cm) Peso: _____ (Kg) N° di scarpe: _____

Motivo della visita: _____

Ulteriori informazioni/commenti:

Data: ____/____/____

Firma: _____

Non compilare parte destinata al/alla podologo/a

Stato del piede

Ipercheratosi

☆ Alluce valgo

○ Verruche

▽ Micosi epidermica

⊙ Dolore

• Nevo



Occhi di pernice

Tilomi digitali

Dita in griffe

Micosi ungueale

Onicocriptosi

Condizione ungueale _____

1 2 3 4 5

● ● ● ● ● Sx
● ● ● ● ● dx

● ● ● ● ● Sx
● ● ● ● ● dx

● ● ● ● ● Sx
● ● ● ● ● dx

● ● ● ● ● Sx
● ● ● ● ● dx

● ● ● ● ● Sx
● ● ● ● ● dx



Fattori di rischio

Diabete Allergie _____ Anticoagulato Malattie infettive _____

Altre deformità

	Sx	Dx
Sindrome pronatoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piede valgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piede varo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piede cavo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piede piatto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MTF I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sx	Dx
Edemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vene varicose

<input type="checkbox"/> Sovragenicolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sottogenicolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Plantari

Preconfezionati _____

Su misura _____

Altro

Sx _____

Dx _____