



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

Le consultazioni non rispettate e/o disdette entro le 24 ore dall'appuntamento verranno fatturate.

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: _____

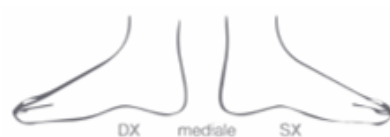
Non compilare parte destinata al/alla podologo/a

Stato del piede

- Ipercheratosi
- ☆ Alluce valgo
- Verruche
- ▽ Micosi epidermica
- ⊗ Dolore
- Nevo



- Occhi di pernice
- Tilomi digitali
- Dita in griffe
- Micosi ungueale
- Onicocriptosi
- Condizione ungueale _____



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 | | |
| <input type="checkbox"/> Preconfezionati _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Su misura _____ | | |
| Altro | | |
| <input type="checkbox"/> Sx _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Dx _____ | | |