



# 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.**

Indirizzo per la fatturazione:    Come sopra

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Via e Civico \_\_\_\_\_ Cap e Località \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

**!!! Continua sul retro ...**

**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: \_\_\_\_\_