Questionario anamnestico

\_ Adulti

nome / cognome / cognome da nubile

luogo di nascita / data di nascita / in comune

indirizzo / c.a.p. / comune / frazione

telefono fisso / mobile

indirizzo e-mail

peso / altezza

descrizione dettagliata dei disturbi (descrivere il più preciso)

da quando

che cosa ha fatto per contrastare / terapie sinora

Altri disturbi

incidenti (prego ricordarsi bene, anche, se molto tempo fa)

operazioni / interventi (quando / anno)

fratture

malattie (Influenza, infezioni intestinale, ecc.)

descriva la Sua nascita

andamento della gravidanza / di Sua madre

sonno

digestione

problemi cardiaci

polmoni

reni / vescica

altri disturbi

allergie

trattamenti odontoiatrici

medicine (anche integratore alimentare)

DONNE:

problemi ginecologici

gravidanza (cera qualcosa di straordinario)

UOMO:

disturbi specifiche

situazione di vita

professione

attività sportiva / hobby

medico di base

dentista

come ha appreso del nostro studio

data: 13.01.2021