



Studio medico Dr. Hartter & Dr. Rabaioli

medicina interna - medicina generale

Scheda anamnestica

Si prega di compilare il modulo in modo completo e ben leggibile. Le Sue informazioni ci aiutano a garantire un trattamento sicuro.

1. Dati personali			
Cognome		Nome	
Data di nascita		Telefono / cellulare	
Via, n. civico		CAP, città	
E-mail		Assicurazione sanitaria	
Assicurato/a	☐ pubblica ☐ privata ☐ altro	Medico di base precedente	

2. Anamnesi sociale	
Stato civile	☐ single ☐ convivente ☐ coniugato/a ☐ divorziato/a ☐ vedovo/a ☐ altro: _____
Figli	☐ no ☐ sì, numero: _____
Sport / tempo libero	☐ no ☐ occasionalmente ☐ regolarmente Tipo/frequenza: _____

3. Malattie pregresse importanti		
☐ nessuna nota	☐ ipertensione	☐ diabete mellito
☐ cardiopatia	☐ ictus/TIA	☐ asma/BPCO
☐ malattia tiroidea	☐ malattia renale	☐ malattia epatica/gastrointestinale
☐ malattia reumatica/autoimmune	☐ tumore	☐ trombosi/embolia
☐ disturbo della coagulazione	☐ disturbo psichico	☐ malattia neurologica
Altre malattie / referti importanti:		

4. Farmaci, allergie e intolleranze				
Farmaco / principio attivo	Dose	mattina	mezzogiorno	sera / se necessario
Allergie	☐ nessuna nota ☐ sì, a: _____			
Intolleranze	☐ nessuna nota ☐ sì, a: _____			

5. Operazioni, ricoveri ospedalieri, impianti

Anno	Operazione / ricovero ospedaliero / impianto	Complicanze / note

6. Anamnesi familiare

☐ nessuna malattia particolare nota	☐ ipertensione	☐ diabete mellito
☐ coronaropatie / infarto	☐ malattie cardiache	☐ ictus
☐ tumori	☐ trombosi / coagulazione	☐ disturbi psichici

Familiari interessati / età / particolarità:

7. Stile di vita e fattori di rischio

Fumo	☐ no ☐ ex fumatore ☐ sì: ____/giorno	Alcol	☐ mai ☐ raramente ☐ regolarmente
Alimentazione	☐ onnivora ☐ vegetariana ☐ vegana ☐ particolarità	Sonno / stress	☐ nella norma ☐ stressato/a: ____
Altezza	____ cm	Peso	____ kg
Grado assistenza / GdB	☐ no ☐ sì: ____	Disposizioni anticipate	☐ no ☐ sì
Procura sanitaria	☐ no ☐ sì	Altro	_____

8. Vaccinazioni, prevenzione e informazioni particolari

Libretto vaccinale	☐ presente ☐ non presente ☐ sconosciuto
Ultima vaccinazione antitetanica	Anno: ____ ☐ sconosciuto
Esami preventivi	☐ Check-up 35 ☐ screening tumore della pelle ☐ prevenzione tumore intestinale
Informazioni particolari	Cos'altro dovrebbe sapere lo studio? _____

9. Comunicazione, protezione dei dati e consenso

Contatto da parte dello studio: ☐ telefono ☐ SMS ☐ e-mail ☐ posta

Referti / informazioni possono essere comunicati a: _____

☐ Acconsento al trattamento dei miei dati nell'ambito del trattamento medico e dell'organizzazione dello studio. Ho ricevuto l'informativa sulla protezione dei dati dello studio o posso consultarla.

Confermo che le informazioni fornite sono corrette e complete al meglio delle mie conoscenze. Comunicherò allo studio eventuali modifiche.

Luogo, data	Firma del/della paziente	eventuale rappresentante legale

Grazie. Si prega di consegnare il modulo compilato alla reception.