

ANAMNESI MEDICA

(fondamentale anche da un punto di vista cronologico)

Cognome _____

Nome _____

Via e nr. civico _____

Città e provincia _____

Tel. _____

E-mail _____

Codice Fiscale _____

Stato civile _____ Età _____

Professione _____

Medico curante:

Nome e Cognome _____

tel. _____

email (se la si conosce) _____

MOTIVO DELLA VISITA

SE ACCUSA DOLORE DA QUANTO TEMPO ACCUSA QUESTI SINTOMI E QUALE È IL TIPO DI DOLORE?

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1) Acuto | intensità da 0 a 10 |
| 2) Cronico | intensità da 0 a 10 |
| 3) Continuo | intensità da 0 a 10 |
| 4) Intermittente | intensità da 0 a 10 |
| 5) Lancinante | intensità da 0 a 10 |
| 6) Penetrante | intensità da 0 a 10 |
| 7) Urente | intensità da 0 a 10 |
| 8) Gravativo | intensità da 0 a 10 |
| 9) Non Localizzabile | intensità da 0 a 10 |
| 10) Sordo | intensità da 0 a 10 |
| 11) Crampiforme | intensità da 0 a 10 |

MALATTIE E ALTRI DISTURBI

Cardiocircolatorie _____

Diabete _____

Ipertensione _____

Asma _____

Cancro _____

Disturbi neurologici _____

Problemi gastrointestinali _____

Problemi genito-urinari _____

Problemi muscoloscheletrici _____

Cefalea _____

Dolori muscolotensivi _____

Disturbi all'apparato uditivo _____

Disturbi all'apparato gastroenterico _____

Dolore addominale _____

Nausea/vomito _____

Inappetenza _____

Colite _____

Meteorismo _____

Calo o aumento di peso improvviso _____

Sonno _____

Sinusite _____

Problemi ai denti _____

Altre patologie da segnalare non scritte in precedenza _____

PER LA DONNA

Inizio mestruazioni _____

Regolarità flusso mestruale _____

Gravidanza in corso _____

Parti (numero e modalità, cesareo, episiotomia ecc.) _____

Eventuali aborti _____

Menopausa età _____
Eventuali manifestazioni, sintomi, complicanze della menopausa

Bruciature sul collo dell'utero _____
Altro _____

PER TUTTI I PAZIENTI

Stile di vita (sedentario/attivo/sportivo) _____
Alvo (regolare o irregolare) _____
Minzione (regolare, scarsa, abbondante, con risveglio notturno ecc...) _____

Traumi e cicatrici in ordine cronologico (anche piccole o insignificanti o quelle fatte da bambini) _____

Operazioni chirurgiche anche dentali in ordine cronologico (denti asportati, ponti, impianti o altro) _____

Farmaci assunti _____

allergie a farmaci _____

integratori o farmaci omeopatici assunti _____

Uso di tabacco attualmente o in passato? Frequenza _____
Uso di droghe attualmente o in passato? Frequenza _____
Consumo di alcolici attualmente o in passato? Frequenza _____

=====

SOLITA BUROCRAZIA

Titolare del trattamento dei dati raccolti

In attuazione al regolamento UE 679/2016 per proseguire la compilazione dell'anamnesi online è necessario che il paziente prenda visione e accetti le seguenti condizioni: selezionando "Accetto" acconsento che i miei dati vengano acquisiti dal Dott. Donati Franco medico chirurgo, Via di Corticella 267 Bologna e Via Marconi 47 Casalecchio di Reno (BO).

Accetto

Finalità del trattamento

Acconsento al trattamento dei dati per esclusive finalità mediche, nonché alla loro conservazione sui dispositivi elettronici dei soggetti titolari del trattamento. Sono consapevole che i dati raccolti non verranno utilizzati per finalità di Marketing, profilazione e non verranno ceduti a soggetti terzi oltre ai titolari del trattamento, con eccezione di espresse finalità mediche da me richieste in forma scritta.

Accetto

Diritti dell'interessato

Sono consapevole che è mio diritto richiedere l'accesso, la rettifica, la limitazione del trattamento, la cancellazione o la portabilità dei miei dati. Sono consapevole che i dati saranno conservati fino a che è necessario al fine del trattamento medico/paziente. Trascorso questo periodo avrò il diritto di richiedere la cancellazione dei miei dati personali.

Ne sono consapevole

Data: _____

(firma) _____