

Cognome _____ Nome _____ Età _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____ Sesso _____

Indirizzo di residenza _____

Questionario anamnestico

Anamnesi familiare:

Anamnesi fisiologica:

Alimentazione Libera Regime dietetico in atto _____

Uso di farmaci Si No

Quali e perché _____

Malattie sofferte : _____

Traumi avvenuti nell'ultimo anno :

Interventi chirurgici subiti Si No Quali _____

Infortunati rilevanti o fratture Si No Quali _____

Traumi cranici Si No

INFORMATIVA AI SENSI DELL' ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N.196

(Codice in materia di protezione dei dati personali)

La informiamo, ai sensi dell'art. 134 del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 (subentrato alla Legge n. 675 del 31/12/1996), che i dati personali forniti in funzione ed all'atto della prestazione richiesta sono acquisiti per fini amministrative, sanitarie, in attuazione ad obblighi di Legge e strettamente connessi e strumentali all'ottimale erogazione del servizio richiesto.

Ai fini sopra indicati, saranno raccolti e trattati anche i dati personali considerati "sensibili" come previsto dall'art. 26 della Legge, vale a dire i dati idonei a rivelare lo stato di salute. I dati potranno essere utilizzati e/o conosciuti da personale incaricato e dal responsabile del trattamento degli stessi, operanti per conto del Dr. Alessandro Grassi. Qualora Lei ritenga di non fornire il Suo consenso alla raccolta e al trattamento dei dati personali, il Dr. Alessandro Grassi si troverà nella circostanza di non poter effettuare la prestazione richiesta. Titolare del trattamento dei dati è Alessandro Grassi. In relazione a quanto sopra, il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali ed informatici. Lei potrà far valere i Suoi diritti, così come disciplinati dall'art.7 del D.Lgs. 196/2003, rivolgendosi al responsabile del trattamento dei dati, per le disposizioni di cui al D.Lgs. 196/2003, presso la sede dello Studio Medico.

CONSENSO EX ART. 76 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N. 196

Il/La sottoscritto/a (il genitore in caso di minore di 18 anni) _____ dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003 n.196 ed esprime il consenso al trattamento e all'archiviazione dei dati personali, con particolare riguardo a quelli detti "sensibili", così definiti dall'art. 26 del citato Decreto Legislativo, secondo le modalità e per le finalità indicate nell'informativa stessa.

Data _____

Firma _____

Esame obiettivo

Trofismo _____ Peso Kg. _____ Statura cm _____

Apparato locomotore _____

Torace ed apparato respiratorio _____

Apparato cardiocircolatorio _____

_____ P.A. a riposo _____ / _____

Addome ed organi genitali _____

Arti : _____

Acuità visiva : Naturale OD _____ /10 OS _____/10

Corretta OD _____ /10 OS _____/10

Conclusioni esame obiettivo : _____

Firma del Medico _____

Anamnesi COVID-correlata

Nell'ultimo mese sei stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?

Si

No

Non so

Indica se manifesti uno dei seguenti sintomi:

Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali?

Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?

Dolore addominale/diarrea?

Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento

degli occhi?

Nessuno

Hai fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?

Si

No

Non so

Test COVID-19:

Nessun test COVID-19 recente

Test COVID-19 negativo

(Data: _____)

Test COVID-19 positivo

(Data: _____)

In attesa di test COVID-19

(Data: _____)

Riferisci eventuali altre patologie o notizie utili sul Tuo stato di salute
