



Certificato anamnestico per Volontari C.R.I.

I dati riportati sono soggetti al segreto professionale e tutelati ai sensi della normativa in materia di riservatezza dei dati personali.

Siamo a Sua completa disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

Grazie.

Nome _____ Cognome _____ data di nascita _____

Indirizzo _____ Città _____ Prov _____

Telefono _____ Cellulare _____

altezza (cm) _____ peso (kg) _____ professione attuale _____

Medico curante dott. _____

1.	patologie a carico dell'apparato cardiocircolatori (se si specificare la diagnosi)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
2.	diabete mellito	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
3.	patologie a carico del sistema endocrino (se si specificare la diagnosi)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no



4.	patologie a carico dell'apparato respiratorio <i>(se si specificare la diagnosi)</i>	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
5.	patologie a carico del sistema nervoso <i>(se si specificare la diagnosi)</i>	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
6.	patologie a carico dell'apparato osteoarticolare <i>(con particolare riferimento alle patologie che possono compromettere la movimentazione manuale dei carichi)</i>	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
7.	patologie a carico dell'apparato urogenitale <i>(se si specificare la diagnosi)</i>	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
8.	patologie a carico del sangue e degli organi emopoietici <i>(se si specificare la diagnosi)</i>	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
9.	patologie a carico degli organi di senso	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	problemi visivi: se si quali?	



10	<ul style="list-style-type: none">• infortuni sul lavoro: se sì per quale motivo ed in che anno?• interventi chirurgici: se sì per quale motivo ed in che anno?• ricoveri ospedalieri: se sì per quale motivo ed in che anno?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
11	patologie di natura allergica (se sì specificarne la natura)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
12	vaccinazioni ultime (quali ed in quale anno):	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
13	patologie psichiche - uso di sostanze psicotrope	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Data,

dr.....

timbro