



### 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"><li>• infortuni sul lavoro: se sì per quale motivo ed in che anno?</li><li>• interventi chirurgici: se sì per quale motivo ed in che anno?</li><li>• ricoveri ospedalieri: se sì per quale motivo ed in che anno?</li></ul>	<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