

DICHIARAZIONE ANAMNESTICA

Il/La sottoscritto/a, **nato/a il** / /
a (.....), **C.F.**
residente a (.....), **in** **n°**
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

- di percepire **Pensione di Invalidità** o di aver ottenuto il riconoscimento di una **percentuale di invalidità** ----- SI NO
se **SI**, specificare il motivo
- di far uso di **lenti a contatto** ----- SI NO
- di aver **problemi di udito** e/o di far uso di **protesi acustiche** ----- SI NO
e, in relazione agli stati patologici qui di seguito elencati, che attualmente sussistono o sussistevano in passato
- **Patologie dell'Apparato Cardio-Circolatorio** (infarto, fibrillazione atriale, by-pass, pace-maker, etc.), ----- SI NO
se **SI**, specificare quali:
- **Diabete** ----- SI NO
se **SI**, specificare se **insulino-dipendente** ----- SI NO
- Altre **Patologie Endocrine** (della tiroide, etc.), **Malattie del sangue** (leucemie, etc.), **Trapianti d'organo** ----- SI NO
se **SI**, specificare quali
- **Turbe e/o Patologie Psichiatriche** (psicosi, nevrosi, etc.), o **Neurologiche** (ictus, parkinson, sclerosi m., etc.), --- SI NO
se **SI**, specificare quali:
- Uso di **Sostanze Psicoattive** (psicofarmaci, alcool, stupefacenti, etc.), ----- SI NO
se **SI**, specificare quali
- **Epilessia** o **crisi epilettiche** e/o **convulsive** ----- SI NO
se **SI**, specificare **quando** si è manifestata **l'ultima crisi**:
- **Minorazioni anatomiche e funzionali** (lesioni a carico degli arti) ----- SI NO
se **SI** specificare se **corrette da apposite protesi**:
- **Patologie oculari** (glaucomi, cataratta, cheratocono, etc.), e/o **altre Patologie "di rilievo"** ----- SI NO
se **SI**, specificare quali:

CONSENSO SCRITTO AL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI PERSONALI

(Art. 23 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003)

Il/La sottoscritto/a, debitamente informato/a riguardo al trattamento dei propri dati personali (Art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003), esprime il proprio consenso nei limiti e nelle finalità inerenti la prestazione sanitaria fornita.

Data:

Firma: