

Soffre o ha mai sofferto di una delle seguenti patologie? Si intende ovviamente ciò di cui lei è a conoscenza.

Malattie di cuore	NO	SI	Quali?
Ha il pacemaker	NO	SI	
Malattie del sangue (anemia, leucemia, ...)	NO	SI	Quali?
Malattie dell'apparato digerente (reflusso, ernia..)	NO	SI	Quali?
Ipertensione arteriosa	NO	SI	
Malattie del rene	NO	SI	
Malattie polmonari	NO	SI	Quali?
Malattie del sistema nervoso	NO	SI	Quali?
Malattie della tiroide (iper, ipotiroidismo, ecc.)	NO	SI	Quali?
Diabete	NO	SI	Quale tipo?
Osteoporosi	NO	SI	
Ha mai assunto bifosfonati (farmaci per osteoporosi)	NO	SI	Quali, quante volte e da quanto tempo?
Epatite virale o cronica (cirrosi)	NO	SI	Quale?
Infezioni da HIV (Aids)	NO	SI	
Allergie a farmaci o ad altro	NO	SI	Quali?
Altre malattie	NO	SI	Quali?
Ha effettuato viaggi all'estero nell'ultimo mese?	NO	SI	Dove?
Sta assumendo farmaci?	NO	SI	Quali?
Fuma	NO	SI	Quante?
È in gravidanza?	NO	SI	A che mese?
È in terapia radiante o oncologica?	NO	SI	Che protocollo?
Soffre di Vomito?	NO	SI	
Ha paura del dentista?	NO	SI	Perché?

Firma