

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_ Nata/o il: \_\_\_\_\_

**Gentile assistita/o!**

Per poterLa aiutare nel miglior modo possibile, La preghiamo di rispondere ad alcune domande.

**Ha dei problemi di salute? (p.e. pressione alta, aritmia cardiaca, diabete)**

NO  SI (prego annoti quali malattie)

---

---

**Assume regolarmente farmaci?**

---

---

**Ha avuto interventi chirurgici?**

NO  SI (prego annoti la data del intervento)

---

**Assume antidolorifici?**

NO  SI (quali farmaci?)

---

---

**Ha allergie?**

NO  SI: \_\_\_\_\_

**Assume anticoagulanti?**

NO  SI

**Che professione svolge?** \_\_\_\_\_

**Quali sono le sue attività sportive?** \_\_\_\_\_