Italienisch

# Registrazione paziente - Stato di salute

Paziente: .....
Cognome nome data di nascita

Contraente dell' assicurazione: .....
Cognome nome data di nascita

Indirizzo: .....
Via Nº telefono

.....
C. A. P. città paese

Assicurazione contro le malattie: .....

Professione/Datore di lavoro: .....

**La preghiamo di rispondere alle domande relative al Suo stato di salute indicate sotto, nel modo più esatto possibile!**

**Malattie cardiocircolatorie:**

| | | |
|---|---|---|
| Ipertensione | ❒sì | ❒no |
| Vizio valvolare | ❒sì | ❒no |
| Valvola cardiaca artificiale | ❒sì | ❒no |
| Pacemaker | ❒sì | ❒no |
| Endocardite | ❒sì | ❒no |
| Operazione al cuore | ❒sì | ❒no |

**Malattie infettive:**

| | | |
|---|---|---|
| AIDS | ❒sì | ❒no |
| Epatite | ❒sì | ❒no |
| Tubercolosi | ❒sì | ❒no |

| | | |
|---|---|---|
| Convulsioni (Epilessia) | ❒sì | ❒no |
| Asma / Malattie polmonari | ❒sì | ❒no |
| Disturbi della coagulazione del sangue | ❒sì | ❒no |
| Diabete | ❒sì | ❒no |
| Tossicodipendenza | ❒sì | ❒no |
| Affezioni renali | ❒sì | ❒no |
| Svenimenti | ❒sì | ❒no |

**Allergie ed intolleranze:**

| | | |
|---|---|---|
| Anestetici locali/iniezioni | ❒sì | ❒no |
| Antibiotici | ❒sì | ❒no |
| Analgesici | ❒sì | ❒no |

Metalli .....

**Altre malattie:** .....

**Sussiste una gravidanza?** ❒ sì ❒no

**Quali medicinali prende regolarmente al momento?**

.....

Mi impegno a informarLa immediatamente di tutti i cambiamenti e di tutte le modifiche che si presenteranno durante il periodo del trattamento.

....., il.....
Luogo, data, firma

Praxisstempel:

Notizen: