

Scheda anamnestica

Nome:

cognome:

Luogo di nascita:

Residente in via/piazza/corso

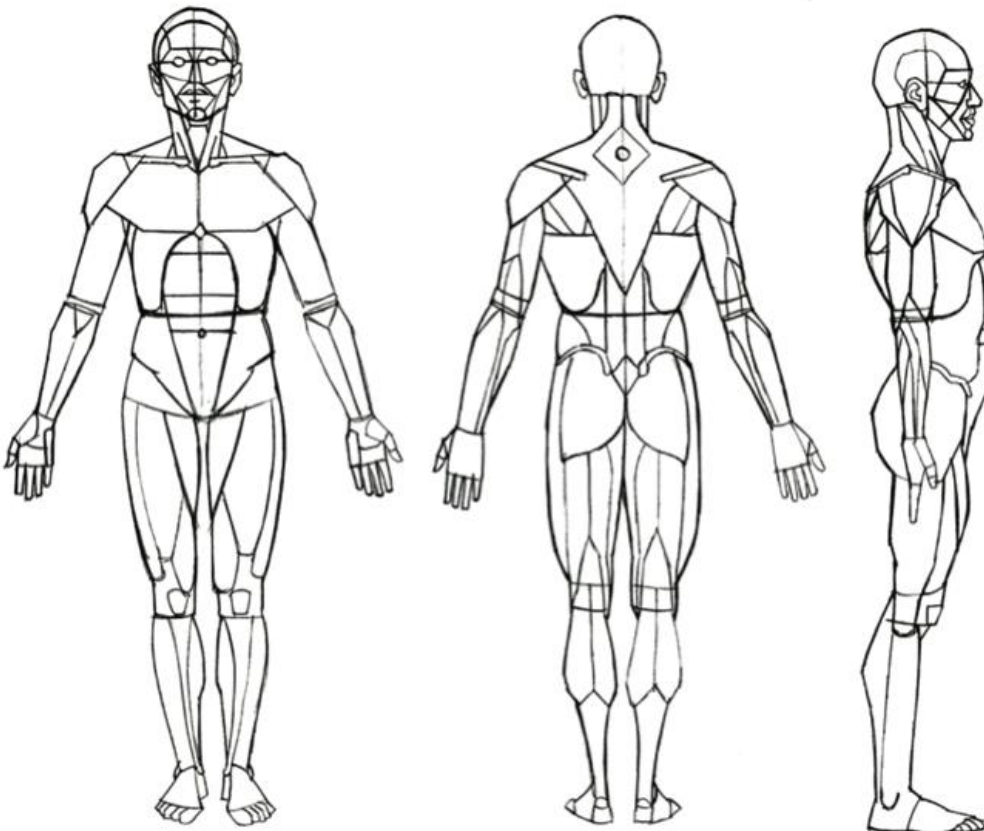
Comune:

Numero di telefono:

Email:

Facebook/instagram:

Individua le zone dolorose nell'immagine sottostante:



Scheda anamnestica

In quale zona hai dolore?:

Indica il dolore su una scala da 0 (nessuno dolore) a 10 (più dolore):

Hai già fatto cure riguarda questa problematica?:

Assume farmaci?:

Quali?:

Fa attività fisica?:

Cosa?:

Con che frequenza settimanale?:

Lavoro attuale?:

Per quanti anni?

compilare i campi seguenti solo se sono presenti patologier:

CIRCOLATORIE:

OSTEOPOROSI:

REUMATICHE:

OPERAZIONI:

INCIDENTI:

Sono consapevole che ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate dall'amministrazione procedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera. Sono a conoscenza che la mancata accettazione della presente dichiarazione, quando le norme di legge o di regolamento ne consentono la presentazione, costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 della D.P.R. 445/2000). Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003, i dati personali forniti dal sottoscritto dovranno essere trattati, dall'ente al quale la presente dichiarazione viene prodotta, per le finalità connesse all'erogazione del servizio o della prestazione per cui la dichiarazione stessa viene resa e per eventuali successivi adempimenti di competenza. Mi riservo la facoltà di esercitare qualunque aumento i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs

stesso. ([Privacy](#))

1

* campi obbligatori