

Dati biometrici e dichiarazione anamnestica

Peso (Kg)



Altezza (cm)



E' necessario compilare tutte le patologie

Patologie dell'apparato cardiocircolatorio

(es. disturbi del ritmo cardiaco, impianto di PM/ICD, infarto miocardico, angina pectoris, intervento cardiocirurgico, aneurisma aortico, insufficienza cardiaca)

- SI
 NO

Patologie oculari o disturbi della vista

- SI
 NO

Soffre o ha sofferto di russamento?

- SI
 NO

E' stato mai visitato da una Commissione Medica Locale Patenti

- SI
 NO

Ha subito interventi chirurgici agli occhi?

- SI
 NO

Malattie dell'apparato urogenitale

- SI
 NO

Problemi di udito?

- SI
 NO
-

Soffre o ha sofferto di malattie del sangue?

- SI
 NO
-

Uso di droghe:

- SI
 NO
-

Turbe o patologie psichiche

(es. ansia, depressione, allucinazioni, disturbo bipolare, disturbi neurocognitivi)

- SI
 NO
-

Soffre o ha sofferto di altre patologie? Ha subito incidenti stradali? Infortuni sul lavoro? Traumi accidentali?

- SI
 NO
-

Apnee notturne / OSAS?

- SI
 NO
-

Disabilità

- SI
 NO
-

Diabete mellito

- SI
 NO
-

Ha in corso terapie farmacologiche di qualsiasi tipo?

- SI
 NO
-

Patologie endocrine

(es. della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi)

- SI
 NO
-

Soffre o ha sofferto di malattie del sistema nervoso centrale o periferico?

- SI
 NO

Epilessia, crisi epilettiche o perdite di conoscenza

- SI
 NO

Ha subito ricoveri ospedalieri?

- SI
 NO

Indietro

Avanti

Pagina 4 di 6

