

CERTIFICATO ANAMNESTICO  
Per il successivo giudizio Medico Legale  
(da compilarsi a cura del medico di fiducia)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

1. MALATTIE ENDOCRINE NO PREGRESSE IN ATTO

Se in atto, specificare quali: \_\_\_\_\_

DIABETE NO SI

TRATTAMENTO INSULINICO NO SI

2. MALATTIE RESPIRATORIE NO PREGRESSE IN ATTO

Se in atto, specificare quali: \_\_\_\_\_

3. ALLERGIE NO SI

Se sì, specificare quali \_\_\_\_\_

4. MALATTIE CARDIOVASCOLARI NO PREGRESSE IN ATTO

Se in atto, specificare quali: \_\_\_\_\_

5. MALATTIE GASTROENTERICHE NO PREGRESSE IN ATTO

Se in atto, specificare quali: \_\_\_\_\_

6. MALATTIE UROGENITALI NO PREGRESSE IN ATTO

Se in atto, specificare quali: \_\_\_\_\_

7. MALATTIE DEL SANGUE NO PREGRESSE IN ATTO

Se in atto, specificare quali: \_\_\_\_\_

8. MALATTIE INFETTIVE NO PREGRESSE IN ATTO

Se in atto, specificare quali: \_\_\_\_\_

9. MALATTIE OSTEOARTICOLARI NO PREGRESSE IN ATTO

Se in atto, specificare quali: \_\_\_\_\_

10. MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO NO PREGRESSE IN ATTO

Centrale \_\_\_\_\_ Periferico \_\_\_\_\_

Postumi Invalidanti NO SI Epilessia NO SI

11. TURBE PSICHICHE NO PREGRESSE IN ATTO

Se in atto, specificare quali: \_\_\_\_\_

12. SOSTANZE PSICOATTIVE NO PREGRESSE IN ATTO

Abuso di alcool \_\_\_\_\_ Uso di stupefacenti \_\_\_\_\_

Uso di sostanze psicotrope \_\_\_\_\_ Dipendenza da alcool \_\_\_\_\_

Dipendenza da stupefacenti \_\_\_\_\_ Dipendenza da sostanze psicotrope \_\_\_\_\_

13. MALATTIE UDITIVE NO PREGRESSE IN ATTO

Se in atto, specificare quali: \_\_\_\_\_

14. MALATTIE OCULARI NO PREGRESSE IN ATTO

Se in atto, specificare quali: \_\_\_\_\_

15. INTERVENTI CHIRURGICI NO SI

Se sì, specificare quali: \_\_\_\_\_

16. TRAUMI NO SI

Se sì, specificare quali: \_\_\_\_\_

17. ALTRO \_\_\_\_\_