

## DICHIARAZIONE RELATIVA AI DATI ANAMNESTICI

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_  
iscritto/a all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
medico curante del/della sig./sig.ra \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

nell'ambito dell'accertamento medico-legale finalizzato alla valutazione della idoneità psico-fisica all'adozione, in relazione agli stati patologici sotto elencati

**DICHIARA** che il/la proprio/a assistito/a

- è affetto/a da patologie dell'apparato cardiocircolatorio SÌ                      NO  
se SÌ, indicare quali, da quando, terapie assunte, struttura presso cui è in cura per tale patologia  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- è affetto/a da patologie dell'apparato respiratorio SÌ                      NO  
se SÌ, indicare quali, da quando, terapie assunte, struttura presso cui è in cura per tale patologia  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- è affetto/a da diabete SÌ                      NO  
se SÌ, indicare terapie assunte (in particolare se insulino-dipendente), grado di compenso glicometabolico, sussistenza di complicanze, struttura presso cui è in cura  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- è affetto/a da altre patologie endocrine SÌ                      NO  
se SÌ, indicare quali, da quando, terapie assunte, struttura presso cui è in cura per tale patologia  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- è affetto/a da patologie dell'apparato psichico SÌ                      NO  
se SÌ, indicare quali, da quando, terapie assunte, struttura presso cui è in cura per tale patologia  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- fa/ha fatto abuso di sostanze psicoattive SÌ                      NO  
se SÌ, indicare quali (alcool, stupefacenti, psicofarmaci etc), da quando/per quanto tempo, struttura presso cui è in cura per tale patologia  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- è/è stato/a affetto/a da crisi epilettiche SÌ                      NO  
se SÌ, indicare data ultima crisi, terapie assunte, struttura presso cui è in cura per tale patologia  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- è affetto/a da altre patologie del sistema nervoso SÌ NO  
 se SÌ, indicare quali, da quando, terapie assunte, struttura presso cui è in cura per tale patologia

---



---



---
- è affetto/a da patologie ematologiche SÌ NO  
 se SÌ, indicare quali, da quando, terapie assunte, struttura presso cui è in cura per tale patologia

---



---



---
- è affetto/a da malattie autoimmuni SÌ NO  
 se SÌ, indicare quali, da quando, terapie assunte, struttura presso cui è in cura per tale patologia

---



---



---
- è affetto/a da patologie infettive SÌ NO  
 se SÌ, indicare quali, da quando, terapie assunte, struttura presso cui è in cura per tale patologia

---



---



---
- è affetto/a da patologie dell'apparato gastrointestinale SÌ NO  
 se SÌ, indicare quali, da quando, terapie assunte, struttura presso cui è in cura per tale patologia

---



---



---
- è affetto/a da patologie dell'apparato osteo-scheletrico SÌ NO  
 se SÌ, indicare quali, da quando, terapie assunte, struttura presso cui è in cura per tale patologia

---



---



---
- è affetto/a da patologie dell'apparato uro-genitale SÌ NO  
 se SÌ, indicare quali, da quando, terapie assunte, struttura presso cui è in cura per tale patologia

---



---



---
- è affetto/a da patologie dell'apparato riproduttivo SÌ NO  
 se SÌ, indicare quali, da quando, terapie assunte, struttura presso cui è in cura per tale patologia, se  
 esecuzione di trattamenti di procreazione medicalmente assistita e numero di cicli

---



---



---
- è affetto/a da patologie oncologiche SÌ NO  
 se SÌ, indicare quali, da quando, terapie assunte, struttura presso cui è in cura per tale patologia

---



---



---

Eventuali osservazioni:

---

---

---

Data \_\_\_\_\_ Firma del medico \_\_\_\_\_

Firma dell'assistito per presa visione \_\_\_\_\_

§ § §

Il/la sottoscritto/a sig./sig.ra \_\_\_\_\_

DICHIARA

- di essere stato riconosciuto invalido civile/del lavoro/per causa di servizio SÌ NO  
se SÌ, indicare per quali patologie e in che percentuale

---

---

---

- di aver fornito tutte le informazioni a sua conoscenza utili a definire il proprio stato di salute, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_