



**SANTA LUCIA**

NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE

**FONDAZIONE SANTA LUCIA IRCCS  
IN AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA**

**DATI ANAGRAFICI UTENTE FISIOTERAPIA AMBULATORIALE**

Cognome ..... Nome .....  
Nato/a a.....(Prov.....) il.....  
Residente a.....(Prov.....)  
Via/Piazza.....n°..... Tel.....  
Preferenze di giorni e orari .....

---

**NOTIZIE ANAMNESTICHE**

**DATA ESORDIO \_\_\_\_\_**

- 1) È in stato di gravidanza? SI  NO
- 2) È portatore di pace maker? SI  NO
- 3) È portatore di protesi metalliche (viti, chiodi, fili metallici, etc.)? SI  NO
- 4) È portatore di otturazioni dentali e capsule metalliche? SI  NO
- 5) È iperteso? SI  NO
- 6) È affetto da malattie del cuore? SI  NO
- Se si, specificare.....
- 7) È diabetico? SI  NO
- 8) È allergico a farmaci? SI  NO
- Se si, specificare.....
- 9) Ha lesioni da decubito? SI  NO
- 10) Presenta incontinenza vescicale e/o fecale? SI  NO
- 11) Le è stato consegnato il Regolamento? SI  NO
- 12) Eventuale patologia tumorale in trattamento? SI  NO
- Se si, specificare.....

**Reso edotto del fatto che le informazioni fornite saranno utilizzate esclusivamente per attività di cura, si autorizza il trattamento e la conservazione dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).**

Data .....

Firma del Paziente .....