

CERTIFICATO ANAMNESTICO PATENTE

SI CERTIFICA, SULLA SCORTA DEI DATI ANAMNESTICI E CLINICI IN MIO POSSESSO, CHE

IL/LASIG./SIG.RA _____

Codice FISCALE _____

DA ME IN CURA _____ DI UN ANNO, _____ PREGRESSE CONDIZIONI
MORBOSE CHE POSSONO COSTITUIRE UN RISCHIO ATTUALE PER LA GUIDA, IN RIFERIMENTO A:

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO <i>(Se sì, specificare diagnosi)</i> _____	SÌ	NO
DIABETE MELLITO	SÌ	NO
SISTEMA ENDOCRINO <i>(Se sì, specificare diagnosi)</i> _____	SÌ	NO
SISTEMA NEUROLOGICO <i>(Se sì, specificare diagnosi)</i> _____	SÌ	NO
PATOLOGIE PSICHICHE <i>(Se sì, specificare diagnosi)</i> _____	SÌ	NO
EPILESSIA	SÌ	NO
CONDIZIONI DI DIPENDENZA DA: ALCOL / SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE <i>(Cancellare la voce che non interessa)</i>	SÌ	NO
APPARATO URO-GENITALE: insufficienza renale grave	SÌ	NO
SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI: Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento <i>(specificare)</i> _____	SÌ	NO
APPARATO OSTE-ARTICOLARE: gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SÌ	NO
ORGANI DI SENSO: gravi patologie visive evolutive	SÌ	NO

DATA _____

TIMBRO DEL MEDICO con indicazione eventuale specializzazione posseduta e numero regionale se medico di assistenza primaria	FIRMA DEL MEDICO
--	-------------------------