

## SCHEDA MEDICA

**Nome** .....  
**Cognome** .....  
Data e luogo di nascita .....  
Indirizzo e numero telefonico .....

**Medico curante** .....  
Via ..... Città .....  
Telefono .....

**Gruppo sanguigno e fattore Rh** .....

**Patologie dalle quali il paziente è eventualmente affetto (in caso negativo, scrivere nessuna):**

.....  
**Ipertensione** (specificare il grado) .....  
**Cardiopatie** (specificare) .....  
**Diabete** (specificare il tipo) .....  
**Malattie del sangue** (specificare) .....  
**Malattie dell'apparato respiratorio** (specificare) .....  
**Malattie dell'apparato digerente** (specificare) .....  
**Malattie del sistema nervoso** (specificare) .....  
**Malattie renali** (specificare) .....  
**Malattie epatiche** (specificare) .....  
**Allergie ad alimenti inalati** (specificare) .....  
**Allergie e/o intolleranze** (specificare) .....  
**Malattie dell'apparato osteoarticolare** (specificare) .....  
**Malattie degli organi di senso** (specificare) .....  
**Malattie dell'apparato circolatorio** (specificare) .....  
**Malattie infettive** (specificare) .....  
**Altre malattie** (specificare) .....  
**Allergie a farmaci** (specificare la molecola) .....

**Terapie praticate per la/le patologie di cui sopra:**

(specificare la patologia, i farmaci e la posologia giornaliera)

.....  
.....  
.....  
**In caso di particolari patologie, riportare sotto il recapito dello specialista o del presidio ospedaliero presso i quali si è in cura**

.....  
**Vaccinazioni antitetanica: ultimo richiamo effettuato il** .....

**Altre informazioni di carattere sanitario:**

.....  
.....  
.....  
N.B.: Allegare la fotocopia del tesserino sanitario

..... il .....

**Timbro e Firma**

Formula di consenso

**FIRMA DELLA PERSONA CUI LA SCHEDA SI RIFERISCE**

(in caso di soggetto minorenne, firma di uno dei genitori o del tutore)