



DI RACCOLTA DATI DEL PAZIENTE

Cognome Nome Età

Data di Nascita..... Luogo di Nascita

Codice Fiscale

Indirizzo di Residenza

Città di Residenza Cap

Recapito Telefonico (cell / fisso)

Indirizzo E-mail

Medico di Famiglia Dott

Recapito dello studio o del cellulare o mail del Medico di Famiglia
.....

Patologia per la quale si richiede la visita Vascolare

.....

❖ Patologie pregresse o in atto (barrare la voce interessata):

Ipertensione arteriosa (SI-NO); Diabete Mellito (SI-NO); con Insulina (SI-NO); Ipercolesterolemia (SI-NO);
Cardiopatia ischemica (SI-NO); Pregresso infarto (SI-NO); Insufficienza renale (SI-NO)

.....
Allergie a farmaci (SI-NO) quali.....

Fumo (SI-NO) quanto..... Peso Altezza

❖ Interventi chirurgici pregressi (indicare tipo intervento ed in quale anno):

.....
.....

❖ Esami diagnostici già eseguiti per la patologia di attuale interesse:

Ecocolor-Doppler (SI-NO); TAC (SI-NO); RM (SI - NO); Ecocardiogramma (SI-NO)

❖ Farmaci assunti abitualmente a domicilio (Indicare dosaggio e posologia):

.....
.....

NOTE

Autorizzo il trattamento dei dati personali (art.13 D. Lgs 196/2003) e l'acquisizione di immagini per
attività scientifica (art. 96L.663/1941 e succ. mod.) e divulgativa.

Data,

Firma.....