

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 (Se sì, specificare diagnosi) _____	Sì	NO
DIABETE MELLITO	Sì	NO
SISTEMA ENDOCRINO (Se sì, specificare diagnosi) _____	Sì	NO
SISTEMA NEUROLOGICO (Se sì, specificare diagnosi) _____	Sì	NO
PATOLOGIE PSICHICHE (Se sì, specificare diagnosi) _____	Sì	NO
EPILESSIA	Sì	NO
CONDIZIONI DI DIPENDENZA DA: ALCOL / SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE (Cancellare la voce che non interessa)	Sì	NO
APPARATO URO-GENITALE: insufficienza renale grave	Sì	NO
SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI: Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare) _____	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
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------