

FAC-SIMILE 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 **DA PIÙ / DA MENO** (cancellare la voce che NON interessa) DI UN ANNO,

PRESENTA / NON PRESENTA (cancellare la voce che NON interessa) 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 |
|--|-------------------------|