



# ANAMNESI

## programma alimentare Zero

Anamnesi per dieta:  7+7+7 (facoltativa)  14+14+14 (obbligatoria)

### anagrafica cliente:

Sesso:  M  F

Nome:	Cognome:	
Via:	Città e Provincia:	C.a.p.:
Professione:	Telefono:	
Data di nascita:	Età:	

### analisi corporea:

Peso attuale (kg):	Peso all'età di 20 anni (kg):	Altezza (m):
Giro vita (cm):		
Da quanto il tuo peso è aumentato/a:	<input type="checkbox"/> Mesi	<input type="checkbox"/> Anni
	<input type="checkbox"/> Nel tempo	
Di quanti kg sei aumentato/a:	<input type="checkbox"/> da 1 a 4 kg	<input type="checkbox"/> da 5 a 9 kg
	<input type="checkbox"/> oltre i 10 kg	
Attività fisica:	Quante volte alla settimana:	
Hai già fatto diete? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se sì, quali?	Tendenza ad ingrassare <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Gravidanze: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quante		

### stato di salute:

Pressione: \_\_\_\_\_

Stato di salute: \_\_\_\_\_

Malattie attuali: \_\_\_\_\_

Malattie precedenti: \_\_\_\_\_

Interventi precedenti: \_\_\_\_\_

Aritmia

Malattie neurologiche

Malattie al sistema immunitario

Altro

<input type="checkbox"/> Allattamento in corso	<input type="checkbox"/> Sigarette	<input type="checkbox"/> Stipsi
<input type="checkbox"/> Gravidanza in corso	<input type="checkbox"/> Alcolici	<input type="checkbox"/> Tiroide
<input type="checkbox"/> Ciclo mestruale	<input type="checkbox"/> Pillola	<input type="checkbox"/> Stress
<input type="checkbox"/> Menopausa inizio	<input type="checkbox"/> Cortisone	<input type="checkbox"/> Depressione
<input type="checkbox"/> Farmaci	<input type="checkbox"/> Diabete	<input type="checkbox"/> Ansia
	<input type="checkbox"/> Cuore	<input type="checkbox"/> Insonnia

ALLEGATI: Esami ematici (emocromo con formula, glicemia, azotemia, uricemia, creatininemia, colesterolo totale, trigliceridi, bilirubina totale, GOT, gGT, Na, K, Ca, GPT, colesterolo HDL, esami urine, ferro o ferritina).

note del medico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Erboristeria/Farmacia di riferimento: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Tel. e Fax: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

All'attenzione di: \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

Il paziente è pregato di rispondere in modo completo e sincero alle domande riguardanti il Suo stato di salute, essendo dati determinanti per la propria incolumità e alla riuscita della terapia. Autorizzazione al trattamento dei dati personali (D.L. 196 del 31.12.2003).

Da spedire al CENTRO MEDICO ZERO - Dott. Filippini Stefano Guido  
Cell 393/9211707 | Fax 045/6103600  
ilmedicorisponde@zeroline.it

