CERTIFICATO ANAMNESTICO PRELIMINARE PER IL SUCCESSIVO ACCERTAMENTO DELL'IDONEITA' PSICO-FISICA ALL'ASSEGNAZIONE E AFFIDAMENTO DI CANE GUIDA PER CIECHI (da redigere da parte del medico curante)

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a:

Cognome:

Nome:

Data e luogo di nascita **:**

Professione:

Unità sanitaria locale n. .....

Regione .....

Numero tesserino assistito .....

□MALATTIE INFETTIVE SI □ NO □
(se SI quali: .....)
□MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO SI □ NO □
(se SI quali: .....)
□MALATTIE DELL'APPARATO GASTROENTERICO SI □ NO □
(se SI quali: .....)
□MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE SI □ NO □
(se SI quali: .....)
□DIABETE SI □ NO □
(se SI specificare se insulinodipendente: .....)
□MALATTIE DELLE GHIANDOLE ENDOCRINE SI □ NO □
(se SI quali: .....)
□MALATTIE NEUROLOGICHE SI □ NO □
(se SI quali: .....)
□EPILESSIA O CRISI EPILETTICHE SI □ NO □
(se SI specificare quando si è manifestata l'ultima. .....)
□TURBE E/O MALATTIE PSICHICHE SI □ NO □
(se SI quali: .....)
□MALATTIE DELL'APPARATO UROGENITALE SI □ NO □
(se SI quali: .....)
□MALATTIE NEOPLASTICHE SI □ NO □
(se SI quali: .....)
□ALTRO SI □ NO □
(se SI specificare: .....)
□INTERVENTI CHIRURGICI SI □ NO □
(se SI specificare: .....)
□USO DI FARMACI PSICOTROPI (sonniferi, tranquillanti, antidepressivi, etc.) / ABUSO DI SOSTANZE ALCOLICHE / USO DI STUPEFACENTI SI □ NO □
(se SI quali: .....)
□TERAPIE FARMACOLOGICHE IN ATTO SI □ NO □
(se SI quali: .....)
□INVALIDITA' RICONOSCIUTE: □CIVILE (al ……. %), □DEL LAVORO, □ DI SERVIZIO, □ DI GUERRA, □ CIECO CIVILE, □ SORDOMUTO, □ HANDICAP.
(se SI per ……..…)

□CONDIZIONI SENSORIALI: □ (se presenti ulteriori menomazioni – diverse dai problemi visivi – relative agli altri sensi (uditivi, olfattivi, deambulatori, ecc.) specificare quali :
……..…)

(Luogo e data del rilascio)

.....

In fede, il medico

.....

In fede, il dichiarante

.....