

# CERTIFICAZIONE ANAMNESTICA A CURA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MEDICO DI FAMIGLIA)

Si certifica, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso, che il sig.

Cognome ..... Nome ..... nat ... il ..... / ..... / .....

a ..... residente a ..... prov .....

via ..... n° ..... telefono ..... - cell. ....

Codice fiscale .....,

da me in cura da più / meno di un anno presenta / non presenta pregresse condizioni morbose che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:

	APPARATO	SI	NO	SE SI INDICARE DIAGNOSI
	<b>APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	.....
	<b>DIABETE MELLITO</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	.....
	<b>SISTEMA ENDOCRINO</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	.....
	<b>SISTEMA NEUROLOGICO</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	..... .....
	<b>PATOLOGIE PSICHICHE</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	.....
	<b>EPILESSIA</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	.....
	<b>CONDIZIONI DI DIPENDENZA DA:</b> alcohol / sostanze stupefacenti psicotrope	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	.....
	<b>APPARATO URO GENITALE</b> Insufficienza renale grave	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	.....
	<b>SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI</b> (Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	..... .....
	<b>APPARATO OSTEO-ARTICOLARE</b> (Gravi alterazioni anatomiche o funzionali)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	..... .....
	<b>ORGANI DI SENSO</b> (gravi patologie visive evolutive)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	..... .....

Data, ..... / ..... / .....

.....  
Timbro del medico

.....  
Firma del medico