

CERTIFICATO ANAMNESTICO PER 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
--	-------------------------

SCHEDA ANMNESTICA

Nome **Cognome**

Deficit visivo

assente presente

compatibile con la guida incompatibile con la guida

Deficit uditivo

assente presente

compatibile con la guida incompatibile con la guida

Afezioni cardiovascolari

assenti presenti

compatibili con la guida incompatibili con la guida

Complicanze del diabete

assenti presenti

compatibili con la guida incompatibili con la guida

Malattie endocrine

assenti presenti

compatibili con la guida incompatibili con la guida

Malattie del sistema nervoso

assenti presenti

compatibili con la guida incompatibili con la guida

Efficienza degli arti compatibile/non compatibile con l'uso dei comandi del veicolo

Epilessia

assente presente

compatibile con la guida incompatibile con la guida

Malattie psichiche

assenti presenti

compatibili con la guida incompatibili con la guida

Malattie del sangue

assenti presenti

compatibili con la guida incompatibili con la guida

Assunzione di sostanze psicoattive

assente presente

Dichiarazione del richiedente

Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute, in particolare dichiaro di non fare abuso di alcolici, di sostanze stupefacenti o psicotrope e di non aver avuto crisi epilettiche negli ultimi due anni.

Data

Firma del richiedente o di chi ne esercita la patria potestà