

La compilazione del questionario è facoltativa. Tutti i dati soggiacciono ad una severa protezione dei dati.

Soffre di uno dei seguenti disturbi?

- Disturbi alla tiroide Pressione alta Cardiopatie
 Asma Diabete Problemi a stomaco/intestino
 Reumatismi Pressione oculare elevata Altri:

È lecito sostituire i preparati originali prescritti con generici?

- Sì, se sensato in termini farmaceutici no a seconda del caso

Sussistono intolleranze o allergie?

- Penicillina Sulfonamidi Aspirina
 Altri:

Quali medicinali assume oltre a quelli prescritti dalla ricetta?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

È incinta? Sì No

Se «sì», data prevista della nascita

Sta allattando? Sì No

Altezza cm

Peso attuale kg

Età anni

Data Firma _____