

# Rebellato Medical Group S.r.l.

## Scheda Paziente

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>		
Via:			
CAP:	Città:	PROVINCIA:	
Telefono:	Cellulare:		
Nata/o il:	Città:	Altezza:	PESO:
e mail:	Medico di Base/Dott.ssa:		
Professione:			
<b>Codice fiscale:</b> _____			
<b>Riferimenti da contattare in caso di emergenza</b> _____			

### Analisi del colloquio:

Le risposte al presente questionario sono strettamente riservate e legate al vincolo del segreto professionale. Per rispondere bisogna mettere una crocetta sulla risposta o scrivere nella apposita riga.

**Ps:** ogni risposta non sincera è rischio per il paziente, per lo specialista e per tutto il personale ausiliario del centro ed ostacola la miglior riuscita di ogni terapia.

Malattie autoimmuni:  Si  No Quali: \_\_\_\_\_

Malattie ematologiche (Epatite B/C):  Si  No Quali: \_\_\_\_\_

Soffre di allergie/intolleranze:  Si  No Quali: \_\_\_\_\_

Soffre di Artrosi:  Si  No

Soffre di Osteoporosi:  Si  No

Soffre di Diabete:  Si  No

Ha mai avuto incidenti:  Si  No

Quali: \_\_\_\_\_ IL: \_\_\_\_\_

Portatore di Pacemaker/Valvole Cardiache meccaniche/Protesi articolari:  Si  No

Se sì, quali? \_\_\_\_\_

Cardiopatia/ Infarti/ Ipertensione:  Si  No Quali/Quando? \_\_\_\_\_

Patologie Tumorali in atto o pregresse? \_\_\_\_\_

Interventi chirurgici (anche odontoiatrici): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Farmaci Assunti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ha fatto visite Fisiatriche: \_\_\_\_\_

Ha fatto visite Ortopediche: \_\_\_\_\_

Ha fatto altre visite specialistiche, quali: \_\_\_\_\_

Ha fatto esami radiologici quali e quando: \_\_\_\_\_

Le diagnosi: \_\_\_\_\_

Ha attualmente dolore o rigidità da qualche parte o a fare qualche movimento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se si:

- Il dolore è profondo o superficiale? \_\_\_\_\_
- Intermittente o costante? \_\_\_\_\_
- Localizzato o diffuso? \_\_\_\_\_

Si ricorda se c'è un episodio traumatico che lo ha scatenato: \_\_\_\_\_

Si ricorda se ha sentito improvvisamente dolore articolare (Infiammazione): \_\_\_\_\_

C'è qualche movimento che aumenta il dolore, Quale: \_\_\_\_\_

Ha più dolori al mattino:  Si o alla sera:  Si Riesce a lavarsi il viso al mattino:  Si  No

Da quanto tempo ha dolore : \_\_\_\_\_

Si sveglia di notte per movimenti che le causano dolore:  Si  No

Gravidanza:  Si  No

Ha contratto il Covid-19? In che periodo? \_\_\_\_\_ Data Vaccino Covid – 19 \_\_\_\_\_

Esercizio Fisico:

- Mai  Più di 30 minuti al giorno  Più volte la settimana  A volte

Ha fatto sport in passato?

Qual è la sua disponibilità settimanale (a casa o in palestra) da dedicare a se stessi per una riprogrammazione posturale globale?

Obiettivo da raggiungere:

E' aumentato o diminuito eccessivamente di peso negli ultimi 24 mesi: Si No

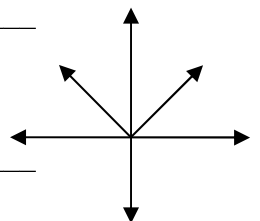
Note:

## CONSENSO INFORMATO

Firma del Paziente o di chi ne fa le veci

Resana li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Medico/Fisioterapista



VIA CASTELLANA 65/B • 31023 • RESANA (TV)

tel.: 0423 71 91 91 --- fax.: 0423 71 82 24 --- cellulare 347 62 87 834