**FOGLIO PREVISITA**

**Nome:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Cognome:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Data di nascita:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Telefono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**E-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Peso:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Altezza:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Indirizzo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Condizioni di salute e stile di vita**

* **Malattie:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Interventi chirurgici:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Allergie:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Stile di vita (es. attività fisica, abitudini alimentari):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Farmaci attualmente assunti**

**Motivo della visita**

Descriva in maniera dettagliata i sintomi, le problematiche o il motivo che la porta a richiedere un consulto:

**Istruzioni**

1. **Compili questo modulo in ogni sua parte.**
2. **Allegare eventuali esami o referti medici recenti** e inviarli via e-mail a:
📧 **documentivisita@gmail.com**

**Nota:**
La documentazione deve essere inviata **entro i tempi stabiliti**. La mancata consegna dei documenti comporterà la necessità di prenotare un nuovo appuntamento.