



Lo scopo del questionario è quello di aiutarla a pensare alla sua storia personale. Rispondendo alle domande che seguono, nel miglior modo possibile, faciliterà la nostra conoscenza e faciliterà il lavoro che faremo insieme.

È mai stato/a ricoverato/a in ospedale? ☐ SI ☐ NO

Se sì perché? _____

Ha mai sofferto o soffre di:

malattie autoimmuni, reumatologiche, osteoarticolari _____ ☐ SI ☐ NO

malattie infettive, tropicali, tubercolosi _____ ☐ SI ☐ NO

ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari _____ ☐ SI ☐ NO

malattie neurologiche, convulsioni, attacchi epilettici _____ ☐ SI ☐ NO

malattie oftalmologiche _____ ☐ SI ☐ NO

malattie respiratorie _____ ☐ SI ☐ NO

malattie gastrointestinali, malattie del fegato _____ ☐ SI ☐ NO

malattie renali _____ ☐ SI ☐ NO

malattie del sangue o della coagulazione _____ ☐ SI ☐ NO

malattie della pelle _____ ☐ SI ☐ NO

problematiche o malattie ginecologiche _____ ☐ SI ☐ NO

malattie neoplastiche (tumori) _____ ☐ SI ☐ NO

diabete, malattie del metabolismo _____ ☐ SI ☐ NO

Allergie _____ ☐ SI ☐ NO

Se sì quali? _____

Ha mai avuto uno shock anafilattico? ☐ SI ☐ NO

Ha mai sofferto della sindrome della stanchezza cronica (CFS)? ☐ SI ☐ NO

Prende dei farmaci ad uso continuativo ? ☐ SI ☐ NO

Se sì quali? _____

Negli ultimi 15 giorni ha preso dei farmaci ? ☐ SI ☐ NO

Se sì quali? _____

Nelle ultime settimane ha avuto febbre, vomito diarrea, tosse, raffreddore, linfonodi ingrossa, herpes o altri sintomi di malattia infettiva ? ☐ SI ☐ NO

Se sì quali? _____

Ha mai effettuato interventi di medicina estetica? ☐ SI ☐ NO

Se sì quali? _____

Ha mai effettuato filler con materiale non riassorbibile? ☐ SI ☐ NO

Se sì quali? _____

Si è mai sottoposto/a ad interventi di chirurgia plastica? ☐ SI ☐ NO

Se sì quali? _____

In fede,

Nome e Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Data _____

Firma _____