

### Modulo di iscrizione

Benvenuti nel centro MiraMed. Vi preghiamo di compilare queste due pagine coscientemente e in stampatello. Tutte le informazioni fornite da Voi sono totalmente protette dal segreto professionale medico.

Cognome:	
Nome:	
Data di nascita:	
Indirizzo:	
Telefono:	
Fax:	
Indirizzo e-mail:	
Appuntamento di consulenza: (almeno 1 giorno prima dell'operazione)	
Data dell'intervento:	
L'intervento programmato: (la Vostra richiesta)	
Altri trattamenti desiderati:	
Attestazione sull'idoneità all'intervento:	da <input type="checkbox"/> Medico di famiglia <input type="checkbox"/> Miramed
Alloggio:	<input type="checkbox"/> Prenotazione in proprio Nome della pensione/dell'albergo:
Viaggio di andata:	<input type="checkbox"/> autovettura <input type="checkbox"/> treno <input type="checkbox"/> aereo

Dichiaro di aver letto, compreso e accettato le condizioni generali.

**IMPORTANTE:** L'appuntamento per la consulenza e la data dell'operazione devono essere stabiliti con la segreteria di MiraMed per iscritto o per telefono prima di compilare e di mandare questo modulo. In caso di storno di prenotazioni in alberghi sono valide le relative condizioni di storno dell'albergo. MiraMed non assume nessuna responsabilità al riguardo.

\_\_\_\_\_  
Luogo, data

\_\_\_\_\_  
Firma del paziente  
(o del tutore)

Con la mia firma dichiaro di accettare le condizioni generali di MiraMed e di aver risposto alle domande che riguardano le mie condizioni di salute secondo scienza e coscienza (si prega di compilare anche il retro del foglio).

## Informazioni sulle condizioni di salute

Statura:	Peso corporeo:
Siete stati ricoverati in ospedale o siete stati in cura negli ultimi anni? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
Per quali malattie?	
State assumendo farmaci? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
In caso affermativo indicate tutte le compresse, capsule, sciroppi e medicinali omeopatici.	
Ci sono reazioni di incompatibilità verso iniezioni, infusioni o farmaci? Quali? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
Quando e perché siete già stati operati?	
Avete tollerato bene l'anestesia/la narcosi? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
Ci sono state delle complicazioni tra i vostri consanguinei in relazione con l'anestesia/la narcosi? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
Soffrite o avete mai sofferto delle malattie seguenti: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
⇒ malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
⇒ malattie della tiroide:	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
⇒ disturbi circolatori (p.e. ipertensione o ipotensione, trombosi, ecc.):	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
⇒ malattie infettive acute e croniche (p.es. epatite o sieropositivo):	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
⇒ malattie respiratorie (tbc, asma, bronchite, ecc.):	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
⇒ malattie muscolari riguardo a voi o ai vostri consanguinei:	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
⇒ malattie epatiche (itterizia, fegato grasso, ecc.):	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
⇒ diabete:	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
⇒ malattie nervose e malinconie (epilessia, paralisi, depressioni, ecc.):	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
⇒ malattie del sangue o disturbi della coagulazione del sangue (ematomi frequenti, epitassi, sanguinare a lungo, ecc.) riguardo a voi o ai vostri consanguinei:	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
⇒ vene varicose o altre angiopatie:	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
⇒ reumi, febbre reumatica:	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
⇒ allergie:	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
⇒ altre malattie serie:	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
⇒ sensazione di torpore nel viso o in altre parti del corpo <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
Siete attualmente in stato di gravidanza? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
Fumate? In caso affermativo, quante sigarette fumate al giorno?	
Avete i denti traballanti? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	