

## SCHEMA SANITARIA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Milite/ssa squadra n° \_\_\_\_\_

**Vaccinazioni:**

- Antitetanica
- Antiepatite B

**Malattie incontrate:**

- Iperensione
- Diabete
- Cardiopatia
- Angina Pectoris
- Valvulopatie
- Scompenso cardiaco
- Infarto miocardio
- Aritmia
- Renali
- Esantematiche
- Veneree
- Polmonari

**Anamnesi:**

Familiare Sintetica:

---

---

Patologica remota

---

---

N.B. da riportare in busta chiusa

Il Medico curante \_\_\_\_\_