

Cognome:		Nome:	
Indirizzo:			
Tel. privato		Prima consultazione:	
Tel. lavoro		Medico/Fisioterapista:	
Data di nascita:		CM:	
Professione:		Sport/Hobby:	
Diagnosi principale:			
Diagnosi secondaria:			
Prescrizione:			

## Anamnesi

Terapista: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Medicamenti:

Precauzioni / Controindicazioni:

Problema principale:  
 (diagnosi principale)

Stato attuale (status praesens in relazione alla diagnosi principale):

**Storia clinica del paziente (evoluzione riguardo alla diagnosi principale):**

A) storia clinica    B) terapie ed effetti riscontrati finora

---

**Disturbi secondari:** A) altri disturbi dell'apparato locomotore

B) disturbi internistici / disturbi vegetativi

---

**In generale:** A) stato di salute generale    B) contesto sociale

---