

Valutazione Completa del Paziente

Modulo completo di ammissione del paziente con informazioni demografiche, anamnesi medica, farmaci e allergie per i pazienti dei centri medici termali

Informazioni del Cliente

Nome *

Cognome *

Indirizzo E-mail *

Numero di Telefono *

Data di Nascita *

GG / MM / AAAA

Dati Demografici

Genere *

☐ Femminile

☐ Maschile

☐ Non Binario

☐ Preferisco non rispondere

Indirizzo *

Città *

Provincia/Stato *

Codice Postale *

Nome Contatto di Emergenza *

Telefono Contatto di Emergenza *

Anamnesi Medica

Ha o ha mai avuto una delle seguenti condizioni?

- ☐ Disturbo autoimmune (Lupus, Artrite Reumatoide, ecc.)
- ☐ Disturbo emorragico o della coagulazione
- ☐ Diabete (Tipo 1 o Tipo 2)
- ☐ Malattia cardiaca o cardiopatia
- ☐ Pressione sanguigna alta
- ☐ Disturbo della tiroide
- ☐ Disturbo convulsivo / Epilessia
- ☐ Epatite B o C
- ☐ HIV / AIDS
- ☐ Cancro (attuale o anamnesi)
- ☐ Tendenza a cicatrici cheloidee
- ☐ Condizione della pelle (Eczema, Psoriasi, Rosacea)
- ☐ Herpes labiale / Herpes simplex
- ☐ Nessuna delle precedenti

Se ha risposto sì a una delle precedenti, fornisca i dettagli

È attualmente incinta o allattando? *

- ☐ Sì ☐ No ☐ Non sono sicuro

Ha ricevuto uno dei seguenti trattamenti negli ultimi 12 mesi?

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Iniezioni di Botox / Neurotossina | ☐ Filler dermici | ☐ Peeling chimico |
| ☐ Trattamento laser | ☐ Microaghi | ☐ Chirurgia facciale |
| ☐ Nessuno dei precedenti | | |

Farmaci Attuali e Allergie

Elenchi tutti i farmaci attuali (inclusi integratori e vitamine)

Sta attualmente assumendo anticoagulanti (Aspirina, Warfarina, Ibuprofene, ecc.)? *

- ☐ Sì ☐ No

Ha assunto Accutane (isotretinoina) negli ultimi 6 mesi? *

- ☐ Sì ☐ No

Elenchi tutte le allergie note (farmaci, lattice, alimenti, ecc.) *

Ha mai avuto una reazione allergica all'anestesia locale (ad es., Lidocaina)? *

☐ Sì ☐ No

Cura della Pelle Attuale

Come descriverebbe il suo tipo di pelle? *

☐ Secca ☐ Grassa ☐ Mista
☐ Sensibile ☐ Normale

Elenchi i suoi attuali prodotti per la cura della pelle

Quali sono i suoi principali obiettivi di trattamento? *

Consenso e Firma

Certifico che le informazioni fornite sopra sono accurate e complete secondo le mie migliori conoscenze. Comprendo che l'omissione o la fornitura di informazioni inesatte può influire sul mio piano di trattamento e sui risultati. Accetto di notificare la clinica di eventuali cambiamenti nel mio stato di salute o nei miei farmaci.

Confermo di aver letto e compreso le informazioni sopra e do il mio consenso informato.

Ho letto e compreso le informazioni sopra: _____

Firma

Data

Stampa il nome

Data *

GG / MM / AAAA

Questo modulo è stato fornito gratuitamente da Consentify

Consentify trasforma moduli come questo in consenso digitale che i tuoi clienti firmano direttamente dal loro telefono tramite codice QR — con PDF automatici, flag di controindicazioni e archiviazione crittografata. Piano gratuito disponibile su <https://getconsentify.com>.

Solo modello. Rivedi con il tuo professionista autorizzato o consulente legale prima dell'uso; i requisiti variano a seconda della giurisdizione e della pratica.