

Si prega gentilmente di stampare e compilare il modulo.

Cognome, Nome e età \_\_\_\_\_

Qual'è il suo disturbo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Da quanto tempo ne soffre? \_\_\_\_\_

Sa cos'è successo? \_\_\_\_\_

Sta peggiorando? \_\_\_\_\_

Quali attività aggravano questo disturbo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I sintomi peggiorano nel trascorrere della giornata? Si \_\_\_ No \_\_\_

Ha mai avuto disturbi simili in passato? \_\_\_\_\_

Ha una diagnosi precedente? se si qual'è? \_\_\_\_\_

Ha mai avuto interventi chirurgici? \_\_\_\_\_

Ogni quanto va dal dentista? \_\_\_\_\_

Dorme a pancia in giù? Si \_\_\_ No \_\_\_

Ha mai avuto il colpo della frusta? se si quando? \_\_\_\_\_

Ha avuto altri traumi o incidenti? se si quando? \_\_\_\_\_

Quante ore passa seduto, a casa, in macchina o al lavoro? \_\_\_\_\_

Usa farmaci? (specificare quali) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Altri disturbi? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indicare esattamente dove si sente dolore o sintomi

