

CERTIFICAZIONE DELLO STATO DI SALUTE



Di chiaro di aver sottoposto a visita medica il/la Sig./Sig.ra,

Cognome

Nome

Nato/a a

il

e di aver

riscontrato i dati clinici sotto elencati. Tali informazioni non esauriscono il quadro clinico del paziente, ma evidenziano esclusivamente patologie ed altre caratteristiche utili da trasferire al personale medico in caso di eventuale emergenza sanitaria.

VOLONTA' ETICHE

MALATTIE IN ATTO

CORPI ESTRANEI RITENUTI

UBICAZIONE

GRAVIDANZA DAL

TERAPIE FARMACOLOGICHE IN ATTO

ALTRE TERAPIE

ALLERGIE

INTERVENTI SUBITI

DISPOSITIVI IMPIANTATI

ORGANI MANCANTI

VACCINAZIONI

RICHIAMI

Firma e timbro del medico

Data:

Il/la Sig./Sig.ra _____, per rendere disponibili on-line le informazioni del presente certificato, dovrà essere in possesso di una sottoscrizione al servizio SalusBank:

<http://www.salusbank.com> Il titolare del servizio, utilizzando la password di scrittura ottenuta da SalusBank, dovrà riempire il questionario facilitato, selezionando le informazioni corrispondenti al presente certificato nei rispettivi quadri nelle pagine personali presso il sito di **SalusBank**.

N.B. Il presente certificato non salva su archivio i dati del paziente ed è riutilizzabile; è possibile ottenere un nuovo modello presso il sito: <http://www.salusbank.com>.