



Questionario medico

Osservazioni importanti:

Il presente questionario dev'essere **compilato a casa e presentato in occasione della giornata informativa**. È nel suo interesse rispondere con esattezza a tutte le domande, facendosi aiutare, se occorre, dai genitori. La preghiamo di **richiedere** ai suoi medici curanti o all'ospedale una copia dei **documenti medici** relativi alla sua idoneità al servizio militare (certificati medici ecc. [escluso le radiografie]) e di presentarli in occasione della giornata informativa. Le sue informazioni **sottostanno al segreto medico** e verranno trattate **in modo confidenziale**.

N° d'assicurazione soc **756**. _____

Data di nascita _____

Nome / Cognome _____

Indirizzo _____

NPA, luogo _____

Da riempire dal/la reclutando/a

☒ *Barrare la casella corrispondente!*

Malattie di famiglia:		Lasciare in bianco!	

Scuole frequentate:			

Professione attuale (scuola, apprendistato, università). Se non è in formazione qual è la sua attività attuale?			

Meta professionale:			
Professione del padre:			
Professione della madre:			

È cresciuto/a nella casa dei genitori?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>		
Se no, dove?			
La sua capacità lavorativa è ridotta?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>		
Se sì, per quale motivo?			
È disoccupato/a?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>		
Se sì, da quanto?			

Consuma regolarmente bevande alcoliche?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>		
Se sì, quali?			
In che quantità e quante volte al giorno?			
Le capita di eccedere nel consumo di bevande alcoliche (ad es. vuoti di memoria)?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>		
Se sì, con che frequenza?			
Fuma sigarette?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>		
Se sì, quante al giorno?			
Attualmente consuma cannabis / THC?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>		
Se sì: - in che quantità e con che frequenza?			
- a che età ha iniziato a consumare cannabis / THC?			

Consuma altri stupefacenti (droghe) o ne ha fatto uso in passato?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>		
Se sì, quali? Con che frequenza?			

Assume regolarmente farmaci?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>		
Se sì, quali? Con che frequenza?			

È mancino/a?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>		
È già stato/a sottoposto/a a radiografie, tomografie computerizzate (CT) o risonanze magnetiche (MRI)?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>		
È stato/a in cura medica dopo un tale esame?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>		
Se sì, perché, quando e dove?			

Soffre attualmente o ha sofferto in passato di una delle seguenti malattie:			Lasciare in bianco!	
N°		No	Si *	
1.	Malattie infettive gravi (p. es. angine ripetute, meningite cerebrale, epatite, HIV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Disturbi psichici (p. es. depressioni, disturbi d'ansia, sonnambulismo, esaurimenti nervosi, ADHD)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2a.	È già stato/a esaminato da uno psicologo (p. es. psicologo scolastico)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2b.	È già stato/a in trattamento da uno psichiatra / da uno psicologo (terapia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Malattie neurologiche (p. es. epilessia, mal di testa intensi, insonnie, svenimenti)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Malattie o lesioni degli occhi (infiammazioni, anomalie della normale acuità visiva, cecità notturna)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4a.	Porta gli occhiali? (Se sì, porti con sé al reclutamento la ricetta per gli occhiali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4b.	Porta le lenti a contatto? (Se sì, porti con sé al reclutamento le lenti e la ricetta per le lenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Malattie alle orecchie (otorrea, diminuzione dell'udito)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Malattie del naso e della gola, gravi menomazioni alla dentatura, infiammazione delle tonsille o delle ghiandole, raffreddore da fieno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Malattie della pelle, del sangue, delle ghiandole, tumori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Diabete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Cardiopatie (pressione alta, difetti cardiaci, palpitazioni), varici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Malattie polmonari (tubercolosi, pleurite, asma, bronchite cronica)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Malattie gastrointestinali o del fegato (epatite, emorroidi, fistole rettali, appendicite, ernia ombelicale o inguinale ecc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11a.	Deve seguire una dieta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Malattie renali o della vescica, debolezza della vescica, albumina nell'urina, calcoli renali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Reumatismi, infiammazioni delle articolazioni, osteomielite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Soffre di mal di schiena?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	Soffre di dolori all'anca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	Soffre di dolori al ginocchio o ai piedi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	Soffre di dolori agli arti superiori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.	È stato/a vittima di un infortunio (fratture, commozione cerebrale, ferite gravi)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19.	Ha subito operazioni chirurgiche o altri trattamenti ospedalieri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20.	Malattie o disturbi non menzionati sopra, p. es. malformazioni o mutilazione di una parte del corpo, gozzo, paralisi, distrofia muscolare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* è richiesto un commento				
Se ha risposto "sì" a una delle domande 1 - 20, di quale malattia o operazione, o di quale incidente si tratta?		Quando? Durata? Guarito? Conseguenze? Medico curante?		
N°				
N°				
N°				
N°				
N°				
N°				
N°				
Nome, indirizzo e numero telefonico del suo medico (di famiglia):				
Si sente in buona salute?		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	
Se no, per quali ragioni?				
Si sente in grado di prestare servizio militare?		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	
Wenn nein: Zivildienst?		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	
Se no, per quali ragioni?				
Se non si sente in grado di prestare servizio militare, ha subito un'operazione importante o ha sofferto di una grave malattia, voglia presentare alla giornata informativa un certificato medico dettagliato in busta chiusa, rilasciato a sue spese.				
Il/la sottoscritto/a dichiara di aver risposto a tutte le domande in modo veritiero ed è d'accordo che, se necessario, siano richieste ai suoi genitori o ai medici curanti informazioni supplementari. Numero telefonico dei genitori:				
Luogo e data:		Firma del/la reclutando/a:		
Indirizzo esatto e numero postale d'avviamento:				
Numero de cellulare:				