

Sig.	

**SITUAZIONE SANITARIA**

**VISTA:**

Sufficiente	
Parzialmente	
Inesistente	

**CONDIZIONE PSICOLOGICA:**

Buona	
Mediocre	
Precaria	

**UDITO:**

Sufficiente	
Parzialmente	
Inesistente	

**TERAPIA FARMACOLOGICA:**

In forma temporanea	
Non sottoposta a terapia	
In forma continuativa	

**DEAMBULAZIONE**

Normale	
Parziale	
Impedito	

**PRATICA TERAPIA:**

Gratuita	
A pagamento	

**IL MEDICO CURANTE**

data

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)