



TURIN PALACE

A TRUE STAY HOTEL

## SCHEDA ANAGRAFICO-ANAMNESTICA

Nome e Cognome: .....

Camera n.: .....

Data e luogo di nascita: .....

### Storia clinica

Ha avuto malattie gravi, ricoveri ospedalieri o operazioni chirurgiche?

No  Sì Quali? .....

È presente uno stato infiammatorio in corso o malattie infettive?

No  Sì Quali? .....

Soffre di stati patologici?

(cardiocircolatorio, ipertensione, scompenso cardiaco; BPCO, asma; renale, epatico, ecc.)

No  Sì Quali? .....

Soffre di allergie?  No  Sì

No  Sì Quali? .....

Presenza di manifestazioni cutanee trasmissibili (verruche, micosi, varicella, ecc.)

No  Sì Quali? .....

Ha effettuato interventi di Skin Filler o Botox?

No  Sì Quali? .....

È in gravidanza?  No  Sì (a che mese?) .....

Eventuali complicazioni nel corso della gravidanza: .....

Altre informazioni significative relative allo stato di salute:

### Dichiarazione

Dichiaro che le informazioni fornite sono corrette in base alla mia conoscenza del mio stato di salute attuale. Sollevo il Centro Benessere del Turin Palace Hotel da qualsiasi responsabilità per eventuali informazioni mancanti o omesse al momento della compilazione del presente modulo.

Ho letto l'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e acconsento al trattamento dei miei dati personali per le finalità connesse alla fruizione dei servizi della SPA.

1. Consenso al trattamento dei dati

Data: .....

Firma: .....