

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Terapista \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**Autorizzo al Trattamento dei Dati Personali**  
**(art. 13 D. Lgs. N. 196/2003 e art. 13 GDPR 679/2016)**

### Questionario Anamnestico sull' Esame Posturale a Letto

- Quando è disteso/a a letto accusa fastidi o dolori ?

SI  NO  In che misura? 

- Al risveglio avverte ancora quei fastidi o dolori?

SI  NO  In che misura? 

- Al risveglio si sente rigenerato/a e riposato/a?

SI  NO  In che misura? 

- Ha un sonno continuo o frazionato? C  F

- Quante ore riesce a dormire di notte? < 6  > 7

- Al risveglio in quanti minuti è reattivo? < 5  > 9

- Nel complesso si ritiene soddisfatto/a della qualità del suo riposo?

SI  NO  In che misura? 

- Se esistesse un Esame, in grado di valutare scientificamente la sua Postura in Clinostatismo per un sollievo complessivo, sarebbe aperto/a mentalmente a prenderlo in considerazione?

SI  NO  In che misura? 

**Luogo e Data** \_\_\_\_\_