
Richiesta di consulto e/o esami - test specialistici di Allergologia e Immunologia Clinica

Indirizzata al Dr. med. M. Fontana
(fax 091/811.30.19)

DATI PAZIENTE:	
Cognome e nome:	_____
Data di nascita:	_____ (gg/mm/aa)
Indirizzo:	
Via:	_____
CAP:	_____ Località: _____
Telefono privato:	_____
Telefono lavoro:	_____
Cellulare:	_____
Infortunio: <input type="checkbox"/>	Malattia: <input type="checkbox"/>
Assicurazione/C.M.:	_____

Motivo del consulto:

Terapia attuale:

Data:

Timbro e firma del medico richiedente
