
Annuncio paziente pediatrico

DATI ANAGRAFICI

Cognome Nome
Sesso Data di nascita
Paternità
No. telefonico No. natel
Indirizzo NAP e Località
Ente Garante (+ ev. 2. Ente Garante)

RICOVERO

Ambulante

Degente

Intervento Durata.....

Data Orario.....

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

Incarto precedenti interventi particolari Allergie

Altro:

Data: Timbro e firma medico

Osservazioni:

.....
.....
.....

Formulario da inoltrare a: Segretariato Poliambulatorio - Fax 091 811 91 89

SPAZIO RISERVATO AL SEGRETARIATO

PREASSESSMENT	ODG	REPARTO	Sigla
-----	-----	-----	-----