
Ambulatorio per la cura del sovrappeso e dell'obesità - Richiesta di consulenza

Data: _____

Consulenza da prevedere presso sede: Locarno Bellinzona Lugano Mendrisio

Cognome: _____ Nome: _____

Indirizzo: _____

Tel. _____

Nato il: _____ / _____ / _____ M F Peso: _____ kg Altezza: _____ cm BMI attuale: _____ kg/m²**Richiesta da parte:** del medico medico richiedente: _____
 del paziente**Tipo di richiesta:** chirurgia bariatrica presa a carico non chirurgica**Per favorire la presa a carico del paziente vi chiediamo di specificare:**

Lista medicinali:

.....
.....

Diagnosi principale:

.....
.....**Osservazioni:**.....
.....
.....
.....**Si prega di allegare gli ultimi esami completi effettuati dal paziente.**