

## Richiesta di consulto dermatologico

Data: .....

Medico/timbro:

Paziente: .....

Data di nascita: .....

Indirizzo: .....

Telefono: .....

Appuntamento con:

- Dr.ssa med. C. Bonatti  
 Dr.ssa med. K. Gadaldi

Grado di urgenza:

- Priorità 1 (immediato)  
 Priorità 2 (entro la settimana)  
 Priorità 3 (quando possibile)

Motivo della consultazione

Tipo di lesione cutanea / sintomi .....

Localizzazione .....

Presente da .....

Trattamento attuale e decorso .....

Controllo nei / Foto Finder .....

Esami paraclinici già effettuati (allegare le copie)

Lista delle diagnosi / Terapia farmacologica attuale

Allergie / Intolleranze note

Osservazioni