

---

## Richiesta di consultazione ambulatorio cura ferite

---

**Dati paziente:**

Cognome: ..... Nome: .....

Data di nascita (giorno-mese-anno): .....

Indirizzo: .....

Telefono privato: ..... Telefono lavoro: .....

**Medico richiedente:** ..... Telefono: .....

**Motivo della consultazione:** .....

.....  
.....

**Diagnosi:** .....

.....  
.....

**Terapia attuale:** .....

.....  
.....

**Anticoagulazione:**  NO /  SI, se si con .....

**Allergie:**  NO /  SI, se si a cosa .....

**Osservazioni:** .....

.....  
.....

Data: .....

Firma: .....

La richiesta è da trasmettere via e-mail all'indirizzo  
[ambulatorioferite.obv@eoc.ch](mailto:ambulatorioferite.obv@eoc.ch)