



Richiesta consulto

Cognome Nome.....

Data di nascita..... Nr. telefono:

Si richiede:

Valutazione neuropsicologica: prima visita controllo
 presa a carico, con visita c/o ambulatorio demenze

Trattamento neuropsicologico: 9 sedute sedute

Paziente: ambulante
 degente, ospedalizzato dal:
Reparto: numero stanza:

Diagnosi medica rilevante per la valutazione neuropsicologica (p.f. indicare la data d'esordio):

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

Motivo della richiesta:

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

Mobilità: a piedi sedia a rotelle a letto

Lingue parlate: italiano francese tedesco altro:

Medico inviante: Tel. interno:

Data: Firma:.....

NB: la richiesta va inviata tramite e-mail all'indirizzo: neuropsicologia.ORL@eoc.ch