
Richiesta di consultazione ambulatorio cura ferite

Dati paziente:

Cognome:

Nome:

Data di nascita (giorno-mese-anno):

Indirizzo:

Telefono privato:

Telefono lavoro:

Etichetta paziente

Medico richiedente: Telefono:

Motivo della consultazione:

Paziente allettato: NO / SI

(informazione necessaria per valutare dove eseguire il consulto → camera paziente o ambulatorio)

Diagnosi:

Diabete mellito: NO / SI,

Arteriopatia: NO / SI,

Bilancio angiologico effettuato: NO / SI

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

curaferite.mendrisio@eoc.ch