

Modulo per richiesta di visita presso l'ambulatorio DAMA

AUTONOME PROVINZ
BOZEN - SÜDTIROL PROVINCIA AUTONOMA
DI BOLZANO - ALTO ADIGE
PROVINCIA AUTONOMA DI BULSAN - SÜDTIROL

Südtiroler Sanitätsbetrieb Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Azienda Sanitaria de Sudtirol



| | | |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Nome cognome del paziente | | |
| Data e luogo di nascita paziente | | |
| Residenza/Indirizzo paziente | | |
| Nome cognome del genitore o caregiver | | |
| Numero telefono / cellulare del genitore o caregiver | | |
| Indirizzo E-mail del genitore o caregiver | | |
| Medico di base del paziente | | |
| Diagnosi | | |
| Motivo della richiesta della visita | | |
| Chi accompagnerà il paziente in visita? | | |
| Il paziente cammina da solo? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Il paziente parla o in alternativa come comunica? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Il paziente ha paura di entrare in Ospedale e/o delle visite mediche? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Si richiede gentilmente ai genitori o al caregiver del paziente di portare alla prima visita la documentazione relativa al paziente:

- referti medici
- lettere dimissione precedenti ricoveri
- relazioni psicologiche e/o diagnosi funzionali

Luogo/data: _____

Firma del genitore/titolare della patria potestà