



AREA ANZIANI, DISABILITA' E FRAGILITA' ADULTA

comune.cortemaggiore@sintranet.legalmail.it

0523/832718-17

SCHEDA SANITARIA

RICHIESTA DAL COMUNE DI CORTEMAGGIORE

PER PARTECIPANTI AI SOGGIORNI MARINI O MONTANI

NOME: _____

COGNOME: _____

INDIRIZZO: _____ Tel. _____

INDIRIZZO DI UNA PERSONA DI RIFERIMENTO: _____

Tel: _____

LIBRETTO SANITARIO N: _____



AREA ANZIANI, DISABILITA' E FRAGILITA' ADULTA

comune.cortemaggiore@sintranet.legalmail.it

0523/832718-17

NOTIZIE ANAMNESTICHE:

INTERVENTI CHIRURGICI:

MALATTIE PREGRESSE DEGNE DI NOTA:

DIFETTI FISICI CHE POSSONO ESSERE DI OSTACOLO ALLA VITA DI COMUNITA':

MALATTIE INFETTIVE DA CUI E' STATO AFFETTO O ALLERGIE:

SINTESI SULLO STATO DI SALUTE ATTUALE:

TERAPIA IN ATTO:



AREA ANZIANI, DISABILITA' E FRAGILITA' ADULTA

comune.cortemaggiore@sintranet.legalmail.it

0523/832718-17

PRESSIONE ARTERIOSA:

TIPO DI SOGGIORNO CONSIGLIATO:

DIETE PARTICOLARI:

Per quanto sopra esposto, il sottoscritto dichiara che il paziente è inoltre assente da malattie morbose che pregiudicano la vita In Comunità o che richiedono cure mediche speciali e una particolare assistenza.

Cortemaggiore, li

Il Medico



AREA ANZIANI, DISABILITA' E FRAGILITA' ADULTA

comune.cortemaggiore@sintranet.legalmail.it

0523/832718-17

Visto si conferma la diagnosi della presente scheda e si consiglia

il soggiorno: _____

Cortemaggiore, _____

Il Medico

Visto si conferma la diagnosi della presente scheda e si consiglia

il soggiorno: _____

Cortemaggiore, _____

Il Medico

Visto si conferma la diagnosi della presente scheda e si consiglia

il soggiorno: _____

Cortemaggiore, _____

Il Medico

Visto si conferma la diagnosi della presente scheda e si consiglia

il soggiorno: _____

Cortemaggiore, _____

Il Medico
