



**AREA ANZIANI, DISABILITA' E FRAGILITA' ADULTA**

[comune.cortemaggiore@sintranet.legalmail.it](mailto: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: \_\_\_\_\_



**AREA ANZIANI, DISABILITA' E FRAGILITA' ADULTA**

[comune.cortemaggiore@sintranet.legalmail.it](mailto: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](mailto: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](mailto: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

\_\_\_\_\_