

SERVIZIO DI TELESOCORSO

ATTENZIONE: LA SEGUENTE SCHEDA DEVE ESSERE COMPILATA DAL MEDICO DI MEDICINA GENERALE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE.

COGNOME E NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

CONDIZIONI GENERALI DI SALUTE _____

CONDIZIONI PSICHICHE _____

DIAGNOSI _____

RILIEVI ANAMNESTICI A CARICO DEI VARI ORGANI ED APPARATI:

- APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO _____

- APPARATO NERVOSO _____

- APPARATO RESPIRATORIO _____

- APPARATO DIGERENTE _____

- APPARATO URO-GENITALE _____

- MALATTIE DEL RICAMBIO _____

- EVENTUALI INTERVENTI CHIRURGICI _____

PATOLOGIE IN ATTO _____

TERAPIE IN CORSO _____

NOTE _____

(TIMBRO E FIRMA)

**Al Comune di Casalmaiocco
Servizi alla Persona**

SERVIZIO DI TELESOCORSO

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a Casalmaiocco in Via _____ tel. _____

Ai fini della richiesta di attivazione del servizio di telesoccorso dichiara:

- Che il proprio nucleo familiare, alla data della compilazione del presente modulo, è così composto:

Cognome e Nome	Data di nascita	Relazione di parentela

- I familiari o i conoscenti che gli prestano aiuto, da contattare in caso di necessità sono:

Cognome e Nome Indirizzo	Data e luogo di nascita	Relazione di parentela n. telefonico
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

- Il medico di medicina generale è: Dott. _____ tel. _____
- Di usufruire dei seguenti Servizi: _____

Casalmaiocco, _____

firma