

**RICHIESTA PER EDUCAZIONE ANTI-FUMO**

Cognome nome	
Data di nascita	
Indirizzo	
CAP/città	
Professione	
Tel. Priv/tel. Ufficio	
CM	

Medico curante / richiedente \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TERAPIA ATTUALE:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OSSERVAZIONI:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indirizzo per la notifica dei pazienti:

Daniela Berta, reparto di angiologia, tel. 091 811 45 49