

**RICHIESTA DI CONSULTO PER CHIRURGIA PLASTICA
RESPONSABILE: DR. PH. FALLSCHEER**

Dati paziente

Nome e cognome : _____
Data di nascita : _____
Indirizzo : _____
CAP/Città : _____
Tel. Privato/Tel. Ufficio : _____
CM/Ass. : _____

comune semi privato privato Caso fuori LAMAL

Motivo del ricovero : _____

Motivo del consulto/diagnosi : _____

Patologie significative associate : _____

Diabete Fumo Obesità Ipertensione

Allergie : _____

Medicamenti : _____

Urgenza

Per urgenze durante la giornata contattare direttamente il no. 091 960 90 00 o
Dr. Fallscheer tramite centralino ODL

- 1-2 giorni
 Prevedibile durante l'orario di consultazione settimanale ODL

Osservazioni : _____

Medico richiedente : _____

Indirizzo per la notifica dei pazienti:

Segretariato medico, 4° piano, Sig.ra Moira Medici
Tel: 091 811 47 40, Fax: 091 811 47 39