

---

## Annuncio paziente pediatrico

---

### DATI ANAGRAFICI

Cognome ..... Nome .....  
Sesso ..... Data di nascita .....  
Paternità .....  
No. telefonico ..... No. natel .....  
Indirizzo ..... NAP e Località .....  
Ente Garante (+ ev. 2. Ente Garante) .....

**RICOVERO**       Ambulante       Degente

Intervento ..... Durata .....

Data ..... Orario .....

### DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

Incarto precedenti interventi particolari       Allergie .....

Altro: .....

Data: ..... Timbro e firma medico .....

### Osservazioni:

.....  
.....  
.....

*Formulario da inoltrare a: Segretariato Poliambulatorio - Fax 091 811 91 89*

---

### SPAZIO RISERVATO AL SEGRETARIATO

PREASSESSMENT	ODG	REPARTO	Sigla
-----	-----	-----	-----