

---

## Ambulatorio per la cura del sovrappeso e dell'obesità - Richiesta di consulenza

---

Data: \_\_\_\_\_

**Consulenza da prevedere presso sede:**
 Locarno     Bellinzona     Lugano     Mendrisio

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Nato il: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ M  F Peso: \_\_\_\_\_ kg    Altezza: \_\_\_\_\_ cm    BMI attuale: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>**Richiesta da parte:**
 del medico    medico richiedente: \_\_\_\_\_  
 del paziente
**Tipo di richiesta:**
 chirurgia bariatrica     presa a carico non chirurgica
**Per favorire la presa a carico del paziente vi chiediamo di specificare:**

Lista medicinali:

.....

.....

Diagnosi principale:

.....

.....

**Osservazioni:**

.....

.....

.....

.....

**Si prega di allegare gli ultimi esami completi effettuati dal paziente.**