Annuncio paziente Dermatologia pediatrica

dermatologiapediatrica@eoc.ch
Tel. + 41 (0)91 811 98 04

Data richiesta

Dati Paziente

Nome*		Nome rappresentante legale	
Cognome*			
Sesso*		Necessità di interprete? Se si che lingua?	
Data di nascita*			
Indirizzo*		E-mail genitore/tutore	
CAP*			
Luogo*		Telefono 1 / telefono 2*	
Medico inviante	O valutazione richiesta da?		
Medico curante	Se diverso dal medico inviate		

Motivo della richiesta

Firma/timbro:

Informazioni per richiesta consulto

Domanda*

Diagnosi / diagnosi secondarie*

Anamnesi*

PF. allegare gli esami eseguiti

Servizi o altri professionisti coinvolti

Urgente < 48 ore ☐ Non urgente < 2 settimane ☐

Non urgente > 2 settimane ☐

1° valutazione ☐ o rivalutazione ☐