

---

## Richiesta di consulto e/o esami - test specialistici di Allergologia e Immunologia Clinica

---

Indirizzata al Dr. med. M. Fontana  
(fax 091/811.30.19)

DATI PAZIENTE:	
Cognome e nome:	_____
Data di nascita:	_____ (gg/mm/aa)
Indirizzo:	
Via:	_____
CAP:	_____ Località: _____
Telefono privato:	_____
Telefono lavoro:	_____
Cellulare:	_____
Infortunio:	<input type="checkbox"/>
Malattia:	<input type="checkbox"/>
Assicurazione/C.M.:	_____

Motivo del consulto:

---

---

---

Terapia attuale:

---

---

---

---

Data:

---

Timbro e firma del medico richiedente

---