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/m2

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 medicamenti:

Diagnosi principale:

Osservazioni:

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

Invia per e-mail