

DIAGNOSI ATTUALE al*										
TERAPIA FARMACOLOGICA al.....*										
ALLERGIE E INTOLLERANZE NOTE *										
MEDICO CURANTE ATS										
Cognome						Nome				
Indirizzo ambulatorio										
Giorni										
Telefono		Fax			E-mail					
Timbro e firma					Data					

È cura dell'interessato ripresentarsi ogni qualvolta ci sia una variazione delle informazioni e comunque ogni SEI MESI.

Le informazioni contenute in questa scheda medico-sanitaria sono riservate e di esclusiva proprietà della/del Sig.ra/Sig. _____ o di persona espressamente dalla/o stessa/o delegato con l'atto del consenso. La lettura, la copia, la divulgazione o l'uso di chiunque altro non è autorizzata. La violazione di quanto sopra può costituire fatto illegale ai sensi del D. Lgs. 193/2003 e successive modifiche.