

Per uso ufficio

NOME E COGNOME:	CODICE eCW:
-----------------	-------------

Data Sottoscrizione	Tipo di Sottoscrizione	Scadenza Sottoscrizione

Per il cliente cortesemente compilare in maniera leggibile e selezionare tutte le opzioni desiderate:

NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	SESSO

INDIRIZZO	NUM. TEL. FISSO	NUM. TEL. CELL

CONTATTO DI EMERGENZA / NOME E COGNOME	NUM. TEL. FISSO	NUM. TEL. CELL

INDIRIZZO EMAIL	CONNESSIONE Audio-Video Whatsapp - facetime- skype- Zoom Altro:	MODALITA DI CONTATTO PREFERITA Telefono - SMS - Email

DESIDERO ESSERE CONTATTATO	ORARIO PREFERITO PER ESSERE CONTATTATO	FREQUENZA SETTIMANALE E GIORNI PREFERITI
SI ---- NO	8-10 10-12 13-15 15-17 17-19	1Xsettimana 2Xsettimana 3Xsettimana Lunedì' - Martedì' - Mercoledì' - Giovedì' - Venerdì'

MEDICO CURANTE	INDIRIZZO	NUM. TELEFONO

MEDICI SPECIALISTI	INDIRIZZO	NUM. TELEFONO

FARMACIA PREFERITA	INDIRIZZO	NUM. TELEFONO

MALATTIE (ACUTE E CRONICHE)

INTERVENTI CHIRURGICI IMPORTANTI

FARMACI E DOSAGGIO

ALLERGIE

CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI (segnare con una X)	OTTIMALI	BUONE	DISCRETE	NON OTTIMALI	
--	----------	-------	----------	--------------	--

SINTOMI PRINCIPALI	
--------------------	--

PRESSIONE ARTERIOSA	
---------------------	--

BATTITO CARDIACO ED ATTI RESPIRATORI PER MINUTO	
---	--

TEMPERATURA		SATURAZIONE DI OSSIGENO	
-------------	--	-------------------------	--

ALTEZZA		PESO CORPOREO BMI	
---------	--	-------------------	--

LIVELLO DOLORE (0/10)		LIVELLO ANSIA (0/10)	
-----------------------	--	----------------------	--

ANALISI DI LABORATORIO (ultime e recenti)	
--	--

DIAGNOSTICA RADIOLOGICA RECENTE	
------------------------------------	--

ELETTROCARDIOGRAMMA	
---------------------	--