

Modulo per richiesta di visita presso l'ambulatorio DAMA



Nome cognome del paziente	
Data e luogo di nascita paziente	
Residenza/Indirizzo paziente	
Nome cognome del genitore o caregiver	
Numero telefono / cellulare del genitore o caregiver	
Indirizzo E-mail del genitore o caregiver	
Medico di base del paziente	
Diagnosi	
Motivo della richiesta della visita	
Chi accompagnerà il paziente in visita?	
Il paziente cammina da solo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Il paziente parla o in alternativa come comunica?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Il paziente ha paura di entrare in Ospedale e/o delle visite mediche?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Si richiede gentilmente ai genitori o al caregiver del paziente di portare alla prima visita la documentazione relativa al paziente:

- referti medici
- lettere dimissione precedenti ricoveri
- relazioni psicologiche e/o diagnosi funzionali

Luogo/data: _____

_____ Firma del genitore/titolare della patria potestà