

FOGLIO PRENOTAZIONE
Inviare tramite Whatsapp al numero 3452501693



Data Prestazione Richiesta: ____ / ____ / ____ Ora Prestazione: ____ : ____

Luogo Destinazione Prestazione: _____

Indirizzo: _____

Reparto: _____

Tipo Prestazione: _____

Automezzo:

Ambulanza

Ha il foglio di Autorizzazione del medico curante

Chiederà al curante il foglio di Autorizzazione

Servizio Privato (Visita Pensionistica, non può avvalersi del Foglio di Autorizzazione, ecc..)

Disabile

Taxi

Luogo Prelevamento Paziente indirizzo completo:

Paziente:

Cognome: _____ Nome: _____

Nato a: _____ il _____

Codice Fiscale:

per Nuovi pazienti fare foto/fotocopia della tessera sanitaria, e inviarla via whatsapp

Residente: _____

Via: _____ n° _____

Recapito Telefonico: _____

Referente: _____

E-mail: _____ non posseduta

Peso	Cammina	Sta Seduto	Piano Terra	Piano	Ascensore
Kg:	SI NO	SI NO	SI NO	N°	SI NO

Note : Paziente accompagnato da familiare / caregiver / badante

Ossigeno l/min _____

Sedia Cardiopatica Fissa

Sedia Motorizzata Sali/Scendisciale

Sedia Pieghevole

Paziente con Rischio Infettivo

Medico a Bordo

Infermiere a Bordo

Data Richiesta ____ / ____ / ____

Note: _____

Riservato Croce Verde

Gestito da : _____ il ____ / ____ / ____