

Profilo Paziente

Cognome : **ABABA**

Nome : **MALIKA**

CF:

Sesso : **F**

Età : **35**

Data di Nascita : **17/10/1979**

Tel. **389/9230122**

Medico di base :

ASL:

Lista n° del 31/01/2014 0

Tipo ricovero **PAGANTE**

**NOSTANZA**

Reparto:

Medico: Dott.

Diagnosi di ingresso:

Intervento previsto:

Tempo previsto:

min. Data indicata dal paziente:

Anestesia proposta

Terapie in corso:

Allergie:

Esami richiesti:

( )

Paziente contattato il

da

Data di ricovero:

Note:

Consegnato modulo per anestesia

NO

Consegnato modulo per patologia

NO

Firma del Paziente:

Firma del Medico:

Dott.