

## SCHEDA PAZIENTE

### **LEI:**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Cittadinanza: \_\_\_\_\_

Data Nascita: \_\_\_\_\_ Prov. Nascita: \_\_\_\_\_

Comune Nascita: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_ Stato civile: \_\_\_\_\_

ASL di appartenenza: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Tipo documento: \_\_\_\_\_ Numero documento: \_\_\_\_\_

Indirizzo  
residenza: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ Tel/Fax: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

Medico curante lei: \_\_\_\_\_ Ginecologo lei: \_\_\_\_\_

### **LUI:**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Cittadinanza: \_\_\_\_\_

Data Nascita: \_\_\_\_\_ Prov. Nascita: \_\_\_\_\_

Comune nascita: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_ Stato civile: \_\_\_\_\_

Tipo documento: \_\_\_\_\_ Numero documento: \_\_\_\_\_

Indirizzo  
residenza: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ Tel/Fax: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

### **COPPIA:**

Inviati da: \_\_\_\_\_ Medico di riferimento: \_\_\_\_\_

Indirizzo  
domicilio: \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_