

CERTIFICATO MEDICO D'ENTRATA

P.F. DA RITORNARE AL PIÚ PRESTO PER POSTA O PER FAX

Nome: Cognome:

Data di nascita:

Domicilio: Via:

Proveniente da: Degente dal:

Entrata prevista per il:

ALA CENTRALE

ALA PROTETTA

Diagnosi:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Terapia:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Riserva:

.....
.....
.....
.....

