



SCHEDA ANAGRAFICA DI ACCETTAZIONE

CARTELLA N° _____ DATA RICHIESTA ASSISTENZA _____

Foglio di sala n. _____

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____

Luogo di nascita _____ Indirizzo _____

Località _____ distretto _____

Tel. _____ cell. _____ Citofono _____

email: _____

Medico curante (tel.) _____

PROVENIENZA DEL PAZIENTE

___ DOMICILIO _____ DIVISIONE ONCOLOGICA (MEDICO RIF.) _____

ALTRO REPARTO OSPEDALIERO (specificare) _____

FONTE ATTRAVERSO CUI IL PAZIENTE E' VENUTO A CONOSCENZA DELL'AMOPUGLIA

CONSAPEVOLEZZA DELLA DIAGNOSI ___ SI ___ NO ___ IN PARTE

ESENZIONE TICKET : _____

CHEMIOTERAPIA / RADIOTERAPIA : _____

CARE GIVER : _____

Tumore primitivo _____

Informazioni cliniche _____

Comunicazione dei familiari _____

Firma del familiare

(_____)