

	<h1>Telesoccorso</h1>	Documento Direzione
Redatto: DG Verificato: Approvato:	Formulario di richiesta abbonamento telesoccorso	3 settembre 2013

Dati del Richiedente
Medici, Assistenza Domiciliare...

Cognome: _____	Nome: _____	Aiuto Domiciliare: _____
Data di nascita: _____	Stato civile: _____	Aiuti Speciali: _____
Lingua: _____	Via e no: _____	Medico curante: _____
NAP: _____	Località: _____	Specialista: _____
Telefono: _____	Mobile: _____	Presenza telefono estraibile: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cassa malati: _____	Assicurazione: _____	Presenza 220 V nelle vicinanze: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tipo di abitazione: _____	Piano: _____	Interessato a: Neo Casa <input type="checkbox"/> Nemo Mobile GPS <input type="checkbox"/> Neo GSM <input type="checkbox"/>

PERSONE DI FIDUCIA DA CHIAMARE IN CASO DI BISOGNO NEL SEGUENTE ORDINE:

Cognome	Nome	NAP	Domicilio	Grado di parentela	Telefono	Mobile	Chiavi
							Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
							Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
							Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
							Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
							Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
							Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Diagnosi: _____ Medicamenti: _____

Allergie: _____

Per l'appuntamento contattare: _____ Luogo e Data: _____ Firma: _____

Osservazioni: _____