



# Telesoccorso

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: \_\_\_\_\_ Presa telefono estraibile: Si  No   
 Cassa malati: \_\_\_\_\_ Assicurazione: \_\_\_\_\_ Presa 220 V nelle vicinanze: Si  No   
 Tipo di abitazione: \_\_\_\_\_ Piano: \_\_\_\_\_ Interessato a: Neo Casa  Nemo Mobile GPS   
 Neo GSM

## 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: \_\_\_\_\_