



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: _____