



PRESCRIZIONE MEDICA PER DOMANDA DI AMMISSIONE presso il Settore Anziani Bellinzona

Signora

Signor

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____

Domicilio completo: _____

1. Diagnosi o eventualmente ultimo rapporto ospedaliero

2. Terapia attuale

3. Dati anamnestici principali

Medico

Timbro

Data

Firma
