



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

( \_\_\_\_\_ )