



Comune di Gaeta



Richiesta di visita specialistica di Chirurgia Pediatrica presso il centro di consulenza di Gaeta

mail: consulenzapediatrica@comune.gaeta.lt.it

Data

Pediatra/Medico curante:

Telefono/cellulare

e-mail

Dati del paziente :

Nome :

Cognome:

Data di nascita :

Residenza:

Cellulare:

e-mail :

Diagnosi o sospetto diagnostico :

.....
.....

Codice di priorità:

BIANCO

VERDE

GIALLO

Eventuali note aggiuntive utili per la consulenza :

.....
.....
.....
.....
.....

Firma del genitore
o chi ne fa le veci per autorizzazione

.....

Timbro e Firma del pediatra
o medico curante

.....

La presenza del medico curante durante la consulenza e' utile per il paziente e la famiglia oltre che auspicabile dal punto di vista clinico e terapeutico