



Percortesia scrivi in inglese

Fold

Nome: \_\_\_\_\_

Data di Nascita: \_\_\_\_\_

Tessera Sanitaria #: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numero di telefono: \_\_\_\_\_

Nome del Medico di famiglia : \_\_\_\_\_

Condizioni di salute Mediche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fold

Farmaci: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergie: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Contatto di emergenza: \_\_\_\_\_

Non Rianimare : Si  No

Localizzazione: \_\_\_\_\_



Percortesia scrivi in inglese

Fold

Nome: \_\_\_\_\_

Data di Nascita: \_\_\_\_\_

Tessera Sanitaria #: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numero di telefono: \_\_\_\_\_

Nome del Medico di famiglia : \_\_\_\_\_

Condizioni di salute Mediche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fold

Farmaci: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergie: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Contatto di emergenza: \_\_\_\_\_

Non Rianimare : Si  No

Localizzazione: \_\_\_\_\_