

INVIANTE

SCHEDA PAZIENTE
PROCEDURA SANITARIA - 1

COGNOME	
NOME	
INDIRIZZO	
CITTÀ	PROV
CF	
<i>DATA DI NASCITA</i>	<i>LUOGO</i>
RECAPITO TELEFONICO	

DATI SINISTRO

☐ TRASPORTATO

☐ CONDUCENTE

DATA SINISTRO				
ASSICURAZIONE RC	PI			
☐ MOTOCICLO	☐ CICLO	☐ PEDONE	☐ AUTO	☐ ALTRO _____
DANNO MATERIALE				
SINISTRI PRECEDENTI	☐ SI	☐ NO		
DINAMICA				
SINISTRI PRECEDENTI:	☐ SI	☐ NO		

INDICAZIONI

PER IL MEDICO	
PER LA SEGRETARIA	
ALTRO	

PRESTAZIONI

DATA VISITA	ORA	ESECUTORE	PRESTAZIONE	IMPORTO

SCHEDA PAZIENTE
PROCEDURA SANITARIA - 2

FISIOTERAPIA

DATA INIZIO	ESECUTORE	PRESTAZIONE	IMPORTO

DIAGNOSTICA

DATA	ORA	ESECUTORE	PRESTAZIONE	PARTE ANATOMICA	IMPORTO

VISITA MEDICO LEGALE

DATA	ORA	ESECUTORE	PRESTAZIONE	IMPORTO

ANNOTAZIONI

DATA	ANNOTAZIONE