

## RICHIESTA DI RIABILITAZIONE CARDIACA AMBULATORIALE

COGNOME:

NOME:

DATA DI NASCITA:

TELEFONO:

DOMICILIO:

DIAGNOSI PRINCIPALE:

DIAGNOSI SECONDARIE:

Fattori di rischio cardiovascolare:

Diabete:     Familiarità:     Fumo:     Dislipidemia:     ITA:     Sovrappeso:

Osservazioni:

Si chiede di allegare l'ultima documentazione medica disponibile

Data:

Timbro e firma del medico richiedente