

RICHIESTA DI RIABILITAZIONE CARDIACA AMBULATORIALE

COGNOME:

NOME:

DATA DI NASCITA:

TELEFONO:

DOMICILIO:

DIAGNOSI PRINCIPALE:

DIAGNOSI SECONDARIE:

Fattori di rischio cardiovascolare:

Diabete: Famigliarità: Fumo: Dislipidemia: ITA: Sovrappeso:

Osservazioni:

Si chiede di allegare l'ultima documentazione medica disponibile

Data:

Timbro e firma del medico richiedente