

RICHIESTA DI RIABILITAZIONE CARDIACA AMBULATORIALE

ETICHETTA PAZIENTE

Data richiesta:

Nome richiedente:

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Telefono:

Domicilio:

Diagnosi principale:

Diagnosi secondarie:

Fattori di rischio cardiovascolare:

Diabete Familiarità Fumo Dislipidemia ITA Sovrappeso

Osservazioni:

Data:

**Timbro e firma del
medico richiedente:**

- ▶ **Compilare accuratamente tutti i campi e inviare a: riabilitazione.icct@eoc.ch**
- ▶ **Allegare l'ultima documentazione medica disponibile**

| | |
|------------------------------|--|
| Data pubblicazione: | 10.03.2022 |
| Ultimo aggiornamento: | 29.11.2023 |
| Approvato da: | Servizio di cardiologia riabilitativa e preventiva |