

# 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](mailto:riabilitazione.icct@eoc.ch)**
- ▶ **Allegare l'ultima documentazione medica disponibile**

<b>Data pubblicazione:</b>	10.03.2022
<b>Ultimo aggiornamento:</b>	29.11.2023
<b>Approvato da:</b>	Servizio di cardiologia riabilitativa e preventiva