



DAXAS

REGISTRAZIONE NUOVO PAZIENTE

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Cognome* (minimo 2 lettere)	_____	Nome* (minimo 2 lettere)	_____	Codice fiscale	_____
--------------------------------	-------	-----------------------------	-------	----------------	-------

Solo nel caso in cui il paziente non possieda codice fiscale inserire i dati seguenti:

Il paziente (o il genitore responsabile) dichiara di non essere già stato sottoposto ad analogo trattamento:	Sì No
Tipo di documento di riconoscimento	Passaporto Permesso di soggiorno Carta d'identità Altro
Se Altro Specificare:	_____
Numero documento di riconoscimento	_____
Nazione dell'Autorità che ha rilasciato il documento	_____

In accordo alla normativa sulla privacy 196/2003, nel database globale il paziente sarà identificato dal codice che sarà assegnato automaticamente dal sistema. Nel database ad uso locale il paziente potrà essere identificato da cognome, nome o iniziali

Data di nascita*	___/___/___ (gg mm aaaa)
Sesso*	M F
Luogo di nascita*	_____ <input type="checkbox"/> Estero
ASL di residenza *	_____
ASL di domicilio diversa da quella di residenza*	Sì No
ASL di domicilio del paziente	_____

Dati relativi al Medico di medicina generale

Cognome MMG* (minimo 2 lettere)	_____	Nome MMG* (minimo 2 lettere)	_____
Asl di appartenenza del MMG (minimo 2 lettere) *	_____		

Nome del Medico_____
Data_____
Firma

