REGISTRAZIONE NUOVO PAZIENTE

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Cognome (minimo 3 lettere)	_____
Nome (minimo 3 lettere)	_____
Codice fiscale*	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ☐Non Noto

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

Il paziente dichiara di non essere già stato sottoposto ad analogo trattamento	Sì No
Tipo di documento di riconoscimento	Passaporto Permesso di soggiorno Altro
Numero documento di riconoscimento	_____
Nazione dell'Autorità che ha rilasciato il documento	_____

Nota: 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	_____ ☐Estero
ASL di residenza	_____
ASL di domicilio diversa da quella di residenza	Sì No
ASL di domicilio del Paziente	_____
Scegli il farmaco (Nome commerciale)	○ LUCENTIS ○ MACUGEN