

REGISTRAZIONE NUOVO PAZIENTE

SOLIRIS aSEU

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Cognome*		Nome*		Codice fiscale*	
----------	--	-------	--	-----------------	--

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	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Tipo di documento di riconoscimento	<input type="radio"/> Passaporto <input type="radio"/> Permesso di soggiorno <input type="radio"/> Altro
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*	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Luogo di nascita*	_____ <input type="checkbox"/> Estero
ASL di residenza*	_____

 Nome del Medico

 Data

 Firma