

TOCTINO
REGISTRAZIONE NUOVO PAZIENTE

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

N.B. inserire il punto per indicare i decimali, laddove necessario, es.35.5 mg

Cognome (minimo 3 lettere)	_____	Nome (minimo 3 lettere)	_____	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	Si No
--	----------

Tipo di documento di riconoscimento	Passaporto Permesso di soggiorno 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	M F
-------	--------

Luogo di nascita	_____ <input type="checkbox"/> Estero
------------------	---------------------------------------

ASL di residenza	_____
------------------	-------

ASL di domicilio diversa da quella di residenza	Si No
---	-----------------

ASL di domicilio del Paziente	Si No
-------------------------------	----------