



## AZIENDA OSPEDALIERA ISTITUTI OSPITALIERI DI VERONA

### PRENOTAZIONE IN AMBULATORIO DIVISIONALE

#### Dati anagrafici

Cognome: (*)	
Nome: (*)	
Sesso: (*)	Data di nascita: (*) ___ / ___ / _____
Codice fiscale: (*) _____	
Comune nascita: (*)	Provincia: (*) __ __
Comune residenza: (*)	Provincia: (*) __ __
Via e n. civico: (*)	
Tel. Abitazione: (**)	Tel. Cellulare: (**)
Indirizzo e-mail:	

#### Dati prenotazione

Prestazione richiesta: indicare con precisione la descrizione indicata sulla ricetta del medico eventualmente comprensiva del quesito diagnostico posto: (*)	
In caso di visita specificare se	<input type="checkbox"/> Prima visita <input type="checkbox"/> Controllo
Sede di erogazione prescelta	<input type="checkbox"/> O.C.M. <input type="checkbox"/> Policlinico <input type="checkbox"/> Valeggio
Nel caso si tratti di controllo indicare il reparto erogatore della prima visita:	
Numero impegnativa: (*) S _____ Y _____	
Data impegnativa: (*) ___ / ___ / _____	
Codice esenzione per patologia:	
Codice priorità (*)	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Non indicato
Stampa PC (si trova nell'angolo in alto a destra dell'impegnativa vicino ai codici a barre)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Note / Indicazioni utili alla prenotazione:	

(\*) Il campo è obbligatorio

(\*\*) Almeno uno dei campi è obbligatorio

Autorizzo al trattamento dei dati personali (\*) (informativa esposta sul sito)