



SCHEMA SANITARIA

DATI OSPITE

Cognome _____ Nome _____ Età _____
Data di nascita _____ Luogo di Nascita _____ prov. _____
Residente a _____ Città (PROV.) _____
Tessera sanitaria n° _____
Codice fiscale _____
Reperibilità 24 h responsabilità genitoriale durante il soggiorno _____

Nominativo 1 Recapito tel. _____

Nominativo 2 Recapito tel. _____

NOTIZIE ANAMNESTICHE (barrare solo voci positive)

Soffre di: - Asma - Enuresi notturna/diurna - Sonnambulismo

Altro _____

- Allergie particolari (farmaci, pollini, ecc.) _____

- Allergie e intolleranze alimentari _____

Terapie in corso autogestite

- NO - SI, specificare tipo _____

È portatore in autonomia di: - Apparecchio ortodontico - Apparecchi acustici - Scarpe ortopediche

- Occhiali - Lenti a contatto - Altro (specificare) _____

Ha effettuato recenti interventi chirurgici? Se Sì quali ed in che anno?
