

**SCHEDA SANITARIA**

**A CURA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

**(da allegare alla domanda di ammissione ai soggiorni climatici per anziani organizzati  
dall'Istituzione Centro Servizi per Anziani del Comune dell'Aquila)**

Cognome e Nome dell'utente \_\_\_\_\_

luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

residenza \_\_\_\_\_

domicilio \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

eventuali interventi chirurgici subiti

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

eventuali patologie in corso

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

eventuali terapie in corso

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

gruppo sanguigno (ove conosciuto) \_\_\_\_\_

condizione di autosufficienza

- SI
- NO

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma e timbro \_\_\_\_\_