



DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
Direttore Dr.ssa Cristiana Morera
AMBULATORIO DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E ALIMENTAZIONE
Via Enrico Fermi, 15- 01100
MAIL: amb.disturbialimentari@asl.vt.it

MODULO DI RICHIESTA DI CONSULENZA

Servizio richiedente.....Telefono.....

Dati paziente

Cognome e nome _____

nato/a il ____/____/____ a _____ prov _____

residente a _____ in via _____

recapiti _____

Diagnosi principale per cui è in carico (cod. ICD IX-CM)

Progetto terapeutico in corso

Quadro clinico attuale

Motivo della richiesta

Data _____ per l'Equipe richiedente (timbro e firma) _____

Il presente modulo deve essere inviato all'indirizzo mail amb.disturbialimentari@asl.vt.it