

Dati Personalni

Nome	Genere	M <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
Cognome			
Data di nascita			
Indirizzo			
Città			
Telefono abitazione			
Telefono cellulare			
Codice fiscale			

Medico curante

Nome e cognome
Indirizzo dello studio
Telefono dello studio
Telefono cellulare

Ricevi assistenza da

Servizio perivitale/padante/infermiere
Nome e cognome
Recapito
Telefono

Servizio di assistenza (Comune/ASL)
Recapito
Telefono ufficio

Dati anamnesici

Hai informazioni per i soccorritori?

Nome	Genere	M <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Sì	No	Quali?
Cognome				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Data di nascita				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indirizzo				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Città				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Telefono abitazione				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Codice fiscale				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Malattie importanti?

Nome	Genere	M <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Sì	No	Quali?
Cognome				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Data di nascita				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indirizzo				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Città				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Telefono abitazione				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Codice fiscale				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Quali medicine utilizzhi?

Nome	Genere	M <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Sì	No	Quali?
Cognome				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Data di nascita				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indirizzo				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Città				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Telefono abitazione				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Codice fiscale				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Dove vengono conservati i medicinali?

Nome	Genere	M <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Sì	No	Quali?
Cognome				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Data di nascita				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indirizzo				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Città				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Telefono abitazione				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Codice fiscale				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	