|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Data nascita |  |
| Telefono |  |
| e-mail |  |
| Peso |  |
| altezza |  |

MALATTIE , INTERVENTI CHIRURGICI, STILE DI VITA,ALLERGIE

FARMACI ASSUNTI

MOTIVO DELLA VISITA . Descrivere in maniera dettagliata il motivo che ci porta a fare il videoconsulto

>