



MODULO PER LA RICHIESTA DI ACCESSO AL SERVIZIO SANITARIO GRATUITO IN  
MEDICINA DEL DOLORE: **“STOP AL DOLORE”**

**DATI ANAGRAFICI**

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo di domicilio \_\_\_\_\_

Numero di telefono fisso \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo email \_\_\_\_\_

**DATI CLINICI**

Descrizione della patologia (sintomi)

---

---

---

**Periodo di insorgenza della patologia (quando è comparsa)**

---

---

**Diagnosi (se in possesso del paziente)**

---

---

**Accertamenti diagnostici effettuati (esami strumentali, analisi, etc)**

---

---

---

---

**Visite specialistiche effettuate (per es. visita neurologica, visita neurochirurgica)**

---

---

---

---

**Terapia farmacologica pregressa**

---

---

---

---

---

**Terapia farmacologica in corso**

---

---

---

---

**Procedure interventistiche effettuate**

---

---

---

---

**“Il/la sottoscritto/a afferma di aver letto e compreso il Regolamento per l’accesso al servizio di assistenza sanitaria gratuita in medicina del dolore “Stop al Dolore” e di accettarne integralmente il contenuto”**

**Data**

---

**Firma**

---