



FONDAZIONE OSPEDALE MARCHESI di INZAGO

D.g.r. 23 febbraio 2004 – n. 7/16452

Servizio ambulatoriale

Modulo di prenotazione

Indicare:

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefono _____ preferenza orario di contatto* _____

Riportare quanto richiesto nell'impegnativa, il quesito diagnostico e i codici come nell'esempio nelle figure sottostanti:

Prestazione: _____

Quesito diagnostico: _____

Codice impegnativa: _____

Preferenze Medico ed orario: _____

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA - PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

Regione _____

1300A* 42033429702

CODICE IMPEGNATIVA

DATI DELL'ASSISTITO OSCURATI AI SENSI DELL'ARTICOLO 87 DEL DL 30 giugno 2003, n.196

DESCRIZIONE (ESIC/D3) TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(SI)	SELA A PROVINCIA ALTRO	CODICE ARA PRIORITA' PRESCRIZIONE(L,B,D,P)	DISPOSIZIONE RE GENERALI	QTA	NOTA
89.01.02 VISITA ORTOPEDICA				1	---

QUESITO DIAGNOSTICO
QUESITO DIAGNOSTICO: FRATTURA ginocchio sx

CODICE E NOME DELL'ASSISTITO (IN ADESIONE O PRESENTATO ALLA LEDE)

INDIRIZZO (OVI PRESCRITTO DALLA LEDE)

CODICE IMPEGNATIVA
S 0 1 0 1 4 Y 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE _____

MINISTERO CODICE E REGIONE ASSISTITO FIRMA AUTOGRAFICAMENTE SELLA PROVINCIA CODICE ARA

QUESITO DIAGNOSTICO
Visita ortopedica per FRATTURA ginocchio sx

PRESCRIZIONE

Indirizzo di non utilizzo: CUP, ALTRI, MOD. DA COLLA, IMPERATORIO

Note: _____

Firma _____

Consegnare all'ingresso dalle 9.00 alle 18:30 da lunedì a giovedì e dalle 9.00 alle 17:00 il venerdì. In alternativa imbucare nella casella di posta

* l'operatrice del CUP chiamerà una sola volta il numero indicato nell'orario compreso tra le ore 14.00 e le ore 17.00

Utente contattato il _____ alle ore _____ esito _____