

Allegato 2

DICHIARAZIONE DI URGENZA O ESSENZIALITA' ASSISTENZA SANITARIA A STP/ENI

DICHIARAZIONE DI URGENZA O ESSENZIALITA' Assistenza sanitaria a STP/ENI (ai sensi del c.4 art.33 L. 6/3/98 e art. 43 DPR 31/08/99 n.394)

DSB:

PRESIDIO:

CODICE STP/ENI UTENTE

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

<p><i>Il presente ALLEGATO deve essere redatto per ogni ricetta. Per gli esami di laboratorio può essere utilizzato un solo per più ricette.</i></p> <p>NECESSITA' DELLE SEGUENTI PRESTAZIONI SANITARIE URGENTI/ESSENZIALI: Visita Ambulatoriale</p>	<p>RENDICONTAZIONE - RIQUADRO R1 <i>da compilare a cura del presidio che ha erogato la prestazione</i></p>																								
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="2">PRESIDIO</th> </tr> <tr> <th style="width: 50%;">CODICE TARIFFARIO</th> <th style="width: 50%;">TARIFFA €</th> </tr> </table>	PRESIDIO		CODICE TARIFFARIO	TARIFFA €																				
PRESIDIO																									
CODICE TARIFFARIO	TARIFFA €																								
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="width: 5%;">1</td><td style="width: 40%;"></td></tr> <tr><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td></tr> </table>	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> IMPORTO COMPLESSIVO PRESTAZIONI EROGATE RELATIVE AL PRESENTE ALLEGATO € DATA TIMBRO PRESIDIO EROGATORE E FIRMA LEGGIBILE COMPILATORE RIQUADRO </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TOT.</td> </tr> </table>		IMPORTO COMPLESSIVO PRESTAZIONI EROGATE RELATIVE AL PRESENTE ALLEGATO € DATA TIMBRO PRESIDIO EROGATORE E FIRMA LEGGIBILE COMPILATORE RIQUADRO	TOT.	
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
	IMPORTO COMPLESSIVO PRESTAZIONI EROGATE RELATIVE AL PRESENTE ALLEGATO € DATA TIMBRO PRESIDIO EROGATORE E FIRMA LEGGIBILE COMPILATORE RIQUADRO																								
TOT.																									

DATA:

FIRMA E TIMBRO DEL SANITARIO

SI CERTIFICA CHE IL/LA SIG.

A	INIZIALE COGNOME	
B	INIZIALE NOME	
C	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F NATO/A IL	
D	NAZIONALITA'	

Generalità dichiarate

Generalità rilevate da documento

AFFETTO/A DA <i>diagnosi/sintomo</i>	
------------------------------------------------	--