REGIONE PUGLIA

A.S.L. BA/4

RICHIESTA PRESTAZIONE ATTIVITÀ EXTRA - MOENIA (D.P. R. 500/96)

1) Da compilare a cura del medico di scelta proponente:

Proposta motivata del medico di scelta Dott. .....

nei confronti del paziente Sig. .....

nato a ..... il ..... C. F. .....

n. tessera sanitaria ..... domiciliato ..... tel. .....

NECESSITA ASSISTENZA DOMICILIARE PER:

a) impossibilità permanente a deambulare (portatore protesi arti inf. con gravi difficoltà a deambulare);

b) impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni;

c) motivi di età e presenza di gravi patologie (anziani con più di 65 anni).

LUOGO SVOLGIMENTO PRESTAZIONE DOMICILIARE:

a) domicilio del paziente .....
.....;

b) studio priv. medico fiducia convenzionato .....
.....;

c) altre strutture pub. S.S.N. .....
.....;

d) ospedali pub. S.S.N. .....;

PRESTAZIONE/I SPECIALISTICA/CHE RICHIESTA /E

(precisare branca specialistica e tipo prestazione)

1) .....

2) .....

3) .....

4) .....

5) .....

DATA	TIMBRO O FIRMA MEDICO PROPONENTE	COD. REGIONALE MEDICO
.....	.....	.....

2) Da compilare a cura del responsabile sanitario presidio n. .....

Si AUTORIZZA la/e prestazione/i specialistica/che, in regime di attività extra-moenia, ai sensi dell'art. 20 D.P.R.316/90, a favore del Sig. .....

A) Branca specialistica interessata .....

B) Nominativo specialista invitato a svolgere la/e prestazione/i: Dott. .....

..... Cod. Reg. .....

C) Prestazione/i autorizzata/e: FIRMA PAZIENTE O FAMILIARE ATTESTANTE AVVENUTA PRESTAZIONE

1) ....

2) ....

3) ....

4) ....

5) ....

D) Data ed orario inizio prestazione/i .....

TIMBRO O FIRMA RESP. SAN. PRES.	FIRMA SPECIALISTA	FIRMA ASS. O FAMILIARE
.....	.....	.....

Mod. 141- Tip. Publidea MT