

Regione Puglia – Sistema Informativo Edotto

Servizio: Assistenza Specialistica Ambulatoriale Interna ASL _____

ATTIVITA' ESTERNA (extra-moenia) MODULO RILEVAZIONE PRESTAZIONI

DATI MEDICO

Dott. _____	Codice regionale (Matricola) _____
-------------	------------------------------------

DATI ASSISTITO

Codice fiscale _____

(dati facoltativi per assistiti presenti in anagrafe sanitaria regionale)

Cognome _____	Nome _____	Comune (o stato estero) e data di nascita _____
Indirizzo residenza _____	Indirizzo domicilio _____	

Necessità assistenza domiciliare per:	Luogo svolgimento prestazione domiciliare:
<input type="checkbox"/> impossibilità permanente a deambulare (portatore protesi arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare)	<input type="checkbox"/> domicilio del paziente
<input type="checkbox"/> impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni	<input type="checkbox"/> altre strutture pubbliche S.S.N.
<input type="checkbox"/> motivi di età e presenza di gravi patologie (anziani con più di 65 anni)	<input type="checkbox"/> Ospedali pubblici S.S.N.

ELENCO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE RICHIESTE

Codice Prestazione <i>(da compilare in alternativa alla indicazione della Descrizione Prestazione)</i>	Descrizione Prestazione <i>(da compilare in alternativa all' indicazione del Codice Prestazione)</i>	Quantità Prestazioni

DATA _____	TIMBRO O FIRMA MEDICO PROPONENTE _____	CODICE REG.LE MEDICO _____
---------------	---	-------------------------------

segue →