

Prescrizione medica per la cura ambulatoriale o al proprio domicilio (art. 7 OPre)

Paziente

Destinatario

Cognome: _____
 Nome: _____
 Via: _____
 NPA/località: _____
 Sesso: _____ Data nas.: _____
 N. AVS: _____
 Tel.: _____

Assicurazione

Legge:

N° assicurato: _____

N° / Data caso: _____

Dati amm.

Assegno p. g. invalidità: _____
 Motivo della cura: _____
 Valido per: _____
 Valido dal: _____

Soggiorno in c. diurno: no sì

Prescrizione: _____

Fabbisogno netto cure in min.

(Dati in conformità al foglio prestazioni pagina 2)

	Prestazioni OPre			Totale/min	Prestazioni EMAP
	a	b	c		
	_____	_____	_____	_____	
Modificazione della registrazione doppia del tempo in caso di prestazioni fornite simultaneamente	_____	_____	_____	_____	
Totale	_____	_____	_____	_____	CHF

Motivo della necessità di cure/quadro clinico (da compilare dal medico)

Medico

Spitex

GLN: _____ RCC: _____
 Mail: _____

GLN: _____ RCC: _____
 Mail: _____

Data _____ Firma _____
superfluo per invio elettronico

Data _____ Firma _____
superfluo per invio elettronico

Invio elettronico

