

ALLEGATO I

PRESCRIZIONE MEDICA

Coordinate cliente		Nome e indirizzo dell'assicuratore	
Cognome			
Nome			
Indirizzo			
CAP/Luogo			
Data di nascita			
Telefono privato			
Datore di lavoro			
CAP/Luogo			
Telefono professionale		<input type="checkbox"/> incidente <input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> invalidità <input type="checkbox"/> malattia congenita	
N° d'assicurazione			
<input type="checkbox"/> incidente <input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> invalidità <input type="checkbox"/> malattia congenita			
Ordine		<input type="checkbox"/> prima consultazione <input type="checkbox"/> nuova valutazione	
(da compilare dal medico)			
Durata dal: _____ al: _____			
Cure (da compilare dall'infermiera/e)			
Prestazione secondo posizione	Prestazione	Frequenza	Durata in min.*
		Totale	=
* per segmenti di 10 minuti			
Timbro e firma del medico		Firma dell'infermiera/e	
Data:		Data:	