

SCHEDA CONOSCITIVA DEL PAZIENTE CHE AFFERISCE ALL'AMBULATORIO TOBIA

Gentile Dottoressa/Dottore,

al fine di facilitare la presa in carico del suo Assistito nel Percorso TOBIA, Le chiediamo di compilare le seguenti sezioni:

- VISITA SPECIALISTICA.....
- INDAGINE STRUMENTALE.....
- ALTRO (ricovero, intervento chirurgico, procedura invasiva)
.....

(specificare la prestazione richiesta indicando codice e denominazione secondo Catalogo Unico Regionale-CUR)

Per il/la Paziente Sig./Sig.ra

cognome..... nome.....

codice fiscale.....

PATOLOGIA PRINCIPALE E RIFERIMENTI DELLA STRUTTURA IN CUI IL PAZIENTE E' PRESO IN CARICO (contatti)

.....

.....

.....

.....

.....

QUESITO CLINICO E MOTIVO DELLA RICHIESTA

.....

.....

.....

.....

.....
.....

DIFFICOLTA' SPECIFICHE ALL'ESECUZIONE DELLE PRESTAZIONE PER LE QUALI SI
RICHIEDE L'ATTIVAZIONE DEL PERCORSO DEDICATO TOBIA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TERAPIA IN CORSO

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Timbro e firma del Medico richiedente

Data.....

.....

Contatti Medico richiedente:

tel. e-mail:.....

