MATRICE

TAGLIANDO ADESIVO

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

REGIONE .....

Numero

Codice fiscale

Cognome e nome dell'assistito

Indirizzo dell'assistito

Diagnosi

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO

INDIRIZZO

STAMPA PC

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE .....

CODICE FISCALE

N NON ESENTE

CODICE ESENZIONE

R REDDITO

PRIMA ANTICOSTICANTE

SIGLA PROVINCIA CODICE ASL

PRESCRIZIONE

S SUSS

H HELP

ALTRO

U B D P

NUMERO CONDIZIONI PRESCRIZIONE

TIPO RICETTA

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

CODICE NUMERO

DATA ACCESSO STRUTTURA ESPLORANTE

NUMERO PROGRESSIVO

ESITI

TIPO

DATA
GIR. CAMM.
ALTRO