

**SCHEDA DI RILEVAZIONE
DELLE PRESTAZIONI RICHIESTE ED EROGATE A PAZIENTI RICOVERATI**

U.O.RICHIEDENTE(*) _____ **CODICE U.O.(*)** _____

Medico richiedente _____ Data richiesta(*) _____

Ora di invio richiesta _____ Telefono _____ FAX _____

DATI PERSONALI DEL PAZIENTE

Nome(*) _____ Cognome(*) _____

Sesso(*) M F Data di nascita(*) ____/____/____

Comune di nascita(*) _____

Comune di residenza _____

Problematica clinica/Motivo della richiesta: _____

Prestazione richiesta(*) _____

Prestazione urgente? SI NO

Barrare se (*):

A letto del malato Ambulatoriale presso l'UO Erogante

TIMBRO U.O. _____ Firma del medico _____

U.O. EROGANTE _____ Cod. U.O. _____

Medico di riferimento _____ Data erogazione ____/____/____

Prestazione/i erogata/e _____

TIMBRO U.O. _____ Firma del medico _____