Azienda Sanitaria Regionale Molise

ASREM

DISTRETTO SANITARIO DI CAMPOBASSO/ISERNIA/TERMOLI

MODULO B/4 da compilare a carico della Struttura extraospedaliera RSA "R1" ed "R2" per ogni singolo assistito degente e da inviare al Distretto di Residenza, per RICHIESTA ALTRI PRESIDI PREVISTI nel PAI

DATI RELATIVI al PAZIENTE

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | | | | |

INDIRIZZO (residenza) _____

DISTRETTO DI RESIDENZA_____

DATA di INGRESSO in Struttura _____

DATA di DIMISSIONE _____

ALTRI PRESIDI/DISPOSITIVI PREVISTI nel P.A.I. di cui all'art.11 e 17 del DPCM del 12.01.2017

PRESIDI	**N°/pezzi/die**

Tali Presidi verranno erogati ogni 30 giorni

Il Direttore Distretto Sanitario