



DISTRETTO SANITARIO DI CAMPOBASSO/ISERNIA/TERMOLI

MODULO B/5 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 VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI DIAGNOSTICI E DI LABORATORIO

DATI RELATIVI al PAZIENTE

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDIRIZZO (residenza) _____

DISTRETTO DI RESIDENZA _____

DATA di INGRESSO in Struttura _____

DATA di DIMISSIONE _____

VISITE SPECIALISTICHE E INDAGINI DIAGNOSTICHE E DI LABORATORIO

VISITE SPECIALISTICHE/INDAGINI DIAGNOSTICHE E DI LABORATORIO	Quesito diagnostico

Il Direttore Distretto Sanitario