

Periodo di validità dal _____ al _____

La prescrizione medica è consegnata per 6 mesi, si riconduce automaticamente massimale per 6 mesi supplementari.

A) Informazioni generali (questa sezione va compilata in ogni sua parte)

Nome/Cognome _____	Sesso _____
Indirizzo _____	Data di nascita _____
NPA/Località _____	E-Mail _____
Telefono/Natel _____	No di sicurezza sociale _____
Professione _____	Malattia/Acc./Al _____
Assicuratore _____	Numero d'assicurato _____

B) Diagnosi

C) Prescrizione delle cure

(modulo compilato dal personale specializzato)

Prestazioni secondo OPre 7 Art. 2/Cifra tariffario	Minuti/Anno
let. a, cif.1: Valutazione dei bisogni del paziente	_____
let. a, cif. 2: Consigli al paziente	_____
let. a, cif. 3: Coordinamento dei provvedimenti (condizioni particolare secondo OPre 7 capoverso 2 bis)	_____
let. b, cif. 1: Controllo dei segni vitali	_____
let. b, cif. 3: Prelievo di materiale per esame di laboratorio	_____
let. b, cif. 4: Provvedimenti inerenti la terapia respiratoria	_____
let. b, cif. 7: Preparazione e somministrazione di medicinali	_____
let. b, cif. 9: Sorveglianza d'apparecchi	_____
let. b, cif. 10: Lavaggio, pulitura e medicazione di piaghe	_____

D) Motivazione del bisogno elevato di cura

E) Firma del personale specializzato (secondo allegato 2 dell'accordo aggiuntivo)

Persona addetta	Data/Timbro/Firma (compreso N° RCC)
Nome/N° RCC./ulteriore partecipe	
_____	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>

F) Prescrizione/Firma del medico curante (modulo compilato dal medico)

Medico prescrittore	_____	Timbro/Firma compreso N° RCC
Data della prescrizione	_____	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
Data della dimissione dall'ospedale	_____	
Medico curante	_____	
Ordine speciale	_____	

Inviare la prescrizione a
