

| | |
|---|---|
|  | S.S.D. CURE PALLIATIVE |
| RIEPILOGO MENSILE ACCESSI MMG | DCP-PAL MD-riepilogo mensile accessi MMG-00 |

CURE DOMICILIARI PALLIATIVE
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N °
II DOTT

(titolare)

Nr. Matricola
II DOTT (1)

(sostituto o associato)

Nr. Matricola
PER IL PAZIENTE
CODICE FISCALE
LIVELLO INTENSITÀ ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE:

[] 1° LIVELLO

NEL MESE DI
ANNO
HA EFFETTUATO I SEGUENTI ACCESSI:
1^ VISITA:
CONTROLLI

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

PER S.S.D. CURE PALLIATIVE
Firma e timbro
Firma e Timbro M.M.G.(2)
N.B. - IL MODELLO DEVE ESSERE TASSATIVAMENTE COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI

- (1) IN CASO DI MEDICO SOSTITUTO, O ASSOCIATO, EVIDENZIARE ANCHE IL TITOLARE
(2) IN CASO DI MEDICO SOSTITUTO O ASSOCIATO IL FOGLIO DEVE ESSERE FIRMATO CONGIUNTAMENTE AL TITOLARE