

Allegato 1

DIREZIONE GENERALE
STAFF/UOC Programmazione e controllo di gestione
Funzione di coordinamento dei trasporti all'interno dell'azienda
Tel. Uff. 0773-655.6549 - Fax 0773-655.3432

MOD. A: MODULO RICHIESTA PRESTAZIONE E/O TRASFERIMENTO

Data della richiesta	URGENTE	Da Ospedale di:		Reparto di:
	ORDINAR.			
Cognome e Nome del Paziente:		Sesso:	Età	Tipo di trasporto Richiesto
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Collettivo <input type="checkbox"/> Individuale
Giorno della Prestazione		Ore		
Tipo di esame da eseguire e/o trasferimento:			Presso l'Ospedale di:	

DIAGNOSI.....

.....

Tipo di accompagnamento richiesto:

- Medico Rianimatore
- Medico
- Infermiere

DOPO INVIO FAX CHIAMARE PER CONFERMA 3298318947

Timbro e firma del medico richiedente
