



RICHIESTA PRESTAZIONI SANITARIE E CONSULENZE PRESSO ENTI ESTERNI

*Data	<input type="text"/>	*UO Richiedente	<input type="text"/>
* Medico richiedente	<input type="text"/>		
Tel.	<input type="text"/>	*e-mail	<input type="text"/>
*Cognome e Nome Paziente	<input type="text"/>		
*Codice Fiscale Paziente	<input type="text"/>		
*data di nascita	<input type="text"/>	sesto <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	* <input type="text"/>
Prestazione sanitaria richiesta <u>NON ESEGUIBILE</u> presso la ASL2 Lanciano-Vasto-Chieti:			
*PRESTAZIONE 1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	URGENTE
*PRESTAZIONE 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	URGENTE
*PRESTAZIONE 3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	URGENTE
*Presso la struttura:	<input type="text"/>		
via	<input type="text"/>	*Città	<input type="text"/>
PATOLOGIA (ICD9CM):	<input type="text"/>		

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

<input type="text"/> <input type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE	<input type="text"/>
--	----------------------

<input type="text"/> <input type="checkbox"/> SI AUTORIZZA <input type="checkbox"/> NON SI AUTORIZZA	<input type="text"/>
--	----------------------

La DMO che autorizza deve inviare questo modello a consulenzeesterne@asl2abruzzo.it



***VALUTAZIONE RIENTRO A CURA DELLA U.O. RICHIEDENTE**

***A CURA DELLA STRUTTURA ESTERNA che esegue le prestazioni**

<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> PRESTAZIONE 1	
<input type="checkbox"/> PRESTAZIONE 2	
<input type="checkbox"/> PRESTAZIONE 3	
<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> PRESTAZIONE 1	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> PRESTAZIONE 3	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> PRESTAZIONE 3	