

VISITA DOMICILIARE

IL SOTTOSCRITTO Dr. _____ Matr. _____

DICHIARA

DI AVER SOTTOPOSTO A VISITA DOMICILIARE (specificarne la tipologia)

IL PAZIENTE _____

RESIDENTE IN _____

COD. FISC. _____

RECAPITO TEL. _____

IL GIORNO ORA MESE ANNO.....

IL DIRIGENTE MEDICO

IL PAZIENTE (o chi ne fa le veci)

Si ricorda di allegare alla presente dichiarazione :

- ✓ Attestazione da parte del medico di famiglia del paziente richiedente (medico di medicina generale o pediatra di libera scelta) sullo stato di salute dello stesso che certifichi che non consente la mobilità verso gli spazi individuati dall'Azienda per l'esercizio dell'A.L.P.I. e ne evidenzi la necessità di accedere alle prestazioni domiciliari.
- ✓ Ricevuta attestante l'avvenuto pagamento della tariffa antecedentemente all'effettuazione della prestazione domiciliare.

(Copia della suddetta documentazione dovrà essere inoltrata: Al Responsabile dell'U.O.S. Coordinamento e Controllo Sanitario Gestionale Sanitario A.L.P.I. e al Responsabile Amministrativo di pertinenza al fine di consentire i controlli di competenza)