

**MODULO RICHIESTA ESAMI/VISITE SPECIALISTICHE**  
**(contratto G3: RSA-Ospedali di Comunità)**



Data richiesta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Dati paziente**

<b>COGNOME e NOME</b>													
<b>Data di nascita</b>													
<b>Cod. fiscale</b>													

**RSA richiedente (inserire in G3 nell'Inviante)**

<input type="checkbox"/> RSA Igea	<input type="checkbox"/> RSA Mademar	<input type="checkbox"/> RSA Casa Verde Sanatorio triestino	<input type="checkbox"/> RSA S. Giusto
-----------------------------------	--------------------------------------	---	--

**TIPO DI VISITA/ACCERTAMENTO RICHIESTO**

--

Data PRESUNTA di dimissione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Quesito clinico/osservazioni**


Il medico \_\_\_\_\_ Autorizzazione Distretto (ove richiesta) \_\_\_\_\_

	<b>Dati appuntamento</b>	<b>Data</b>			<b>Ora</b>	
Sede						
Note						

**RISPOSTA (da utilizzare per visite/accertamenti eseguiti in RSA)**


Data risposta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il medico \_\_\_\_\_