COGNOME , NOME

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO *(O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)*
ZUNAME UND NAME DES BETREUTEN *(ODER INITIALEN WENN VOM GESETZ VORGESCHRIEBEN)*

INDIRIZZO

INDIRIZZO *(OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)*
ADRESSE *(WENN VOM GESETZ VORGESCHRIEBEN)*

040000 4000000000002

STAMPA PC

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
STAATLICHER GESUNDHEITSDIENST
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO
AUTONOME PROVINZ BOZEN

F F F N N N 1 1 D 1 1 E 1 1 1 W

CODICE FISCALE / STEUERNUMMER

N — NON ESENTE / NICHT BEFREIT

EV.ESENZIONE

CODICE ESENZIONE / BEFREIUNGSKODE

R — REDDITO / EINKOMMEN

(Vedi avvertenze sul retro) / (Siehe Hinweise auf der Rückseite)

FIRMA AUTOCERTIFICANTE / UNTERSCHRIFT ZUR EIGENERKLÄRUNG

SIGLA PROVINCIA / PROVINZKENNZEICHEN

CODICE ASL / KODE SB

PRESCRIZIONE / VERSCHREIBUNG

8 SEDUTE DI OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA (MAX 8 SEDUTE PER IMPEGNATIVA)

indicare il numero di sedute con un massimo di 8 sedute per impegnativa

INDICARE SEMPRE LA DIAGNOSI O QUANTOMENO IL CODICE AD ESSO ASSOCIATA
SECONDO LE SPECIFICHE DELL'AZIENDA SANITARIA DI TRENTO

(Barrare se non utilizzate)
(Durchstreichen wenn nicht verwendet)

NOTA / FUSSNOTE

NOTA / FUSSNOTE

S — SUGG./EMPF.
H — RICOV./EINLIEF.
ALTRO/ANDERES

U — B — D — P
PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE / DRINGLICHKEIT DER LEISTUNG

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI
ANZAHL PACKUNGEN / LEISTUNGEN

TIPO DI RICETTA
ART DES REZEPTES

DATA / DATUM

CODICE / KODE	NUMERO / NUMMER
9395	

TIMBRO E FIRMA

Specialista ospedaliero SSN

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO / STEMPEL UND UNTERSCHRIFT DES ARZTES

AUSFOLGEDATUM / STEMPEL LEISTUNGSERBRINGENDE EINRICHTUNG

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

ESEMPIO DI IMPEGNATIVA PER PAZIENTI RESIDENTI IN PROVINCIA DI TRENTO

NUMERO PROGRESSIVO / FORTLAUFENDE NUMMER

IMPORTI / BETRÄGE

TICKET

GALEN. DIR.
CHIAM. ALTRO
REZEPTURARZ.
RUFDIENSTTAXE
ANDERES

I.P.Z.S. - ROMA

ULTERIORI INFORMAZIONI SU: www.iperbaricobolzano.it