



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE TOSCANA

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

molto lozi

NON ESENTE (N)

CODICE ESERIZIONE

C02

REDDITO

(R)

FIRMA AUTOCERTIFICANTE

(Valida anzitutto sul foglio)

SIGLA PROVINCIA CODICE ASL
P1202

CODICE FISCALE

[Empty grid for fiscal code]

(Barra se non utilizzata)

NOTA

(S) (H) (ALTR)

SUGG. RICOV.

(ALTR)

NOTA

PRONTA DELLA PRESTAZIONE
 (U) (B) (D) (P)

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

8

TIPO DI RICETTA

[Empty box]

DATA

200519

CODICE NUMERO

[Empty grid]

CODICE NUMERO

[Empty grid]

CODICE NUMERO

[Empty grid]

CODICE NUMERO

[Empty grid]

CODICE NUMERO

[Empty grid]

CODICE NUMERO

[Empty grid]

CODICE NUMERO

[Empty grid]

CODICE NUMERO

[Empty grid]

CODICE NUMERO

[Empty grid]

CODICE NUMERO

[Empty grid]

CODICE NUMERO

[Empty grid]

CODICE NUMERO

[Empty grid]

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

[Empty grid]

NUMERO PROGRESSIVO

[Empty grid]

TICKET

[Empty grid]

ALTR

[Empty grid]

Dr.ssa Silvia Ghisara
Medico Chirurgo
Cod. Reg. 200956

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Dr.ssa GEMINALE GIULIA
MEDICO CHIRURGO
Cod. Reg. 925095

deamburano

LDL IN PZ NON

colest. tot

Etioforasi

propane tot

ferrum

ferro

creatina

509029

40151502016



STAMPA PC



PRESCRIZIONE



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE TOSCANA

Hotelto Lopri

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

NON E' ENTE (N)

CODICE ESENZIONE C02

REDDITO (R)

FIRMA AUTOCERTIFICANTE

(Vedi avvertenze sull'uso)

SIGLA PROVINCIA CODICE ASL

(Barra se non utilizzato)

CODICE FISCALE

[Empty grid for patient details]

POTASSIO

GLORO

MAGNESIO

ESATE URINE COMPLETO

URINOCOULTURA

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

5

TIPO DI RICETTA

[Empty box]

DATA

200519

Dott.ssa GEMINALE GIULIA
MEDICO-CHIRURGO
Cod. Fisc. 25093

Dott.ssa Silvia Chiara
Medico Chirurgo
Cod. Fisc. 200956

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

[Handwritten signature and stamp area]

NOTA

[Empty box for note]

NOTA

[Empty box for note]

PRIORITA' DELLA PRESTAZIONE

U B D P

SUOQ.

RICOV.

ALTRO

S

H

[Empty box]

40151502027

509019



NUMERO PROGRESSIVO
IMPORTI
TICKET
GALER
DEI CHIAM
ALTRO

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

CODICE NUMERO
CODICE NUMERO

CODICE NUMERO
CODICE NUMERO

CODICE NUMERO
CODICE NUMERO

CODICE NUMERO
CODICE NUMERO

CODICE NUMERO
CODICE NUMERO

CODICE NUMERO
CODICE NUMERO

