

MAURINI Learco

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
via di padule 21

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



J 0 9 0 1 9



4 0 2 0 3 0 8 5 2 5 7



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE 090A02262698796



MRNLRC30P17D442V

N NON ESENTE E 0 1 CODICE ESENZIONE R REDDITO (Vedi avvertenze sul retro) FIRMA AUTOCERTIFICANTE

PI 2 0 1 SIGLA PROVINCIA CODICE ASL

CODICE FISCALE

PRESCRIZIONE

- 5251 HB - EMOGLOBINA GLICATA [SG] 5244 GLUCOSIO [S/P]
- 5545 ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO [PSA] TOTALE [S/P]
- 5379 TIREOTROPINA [TSH] [S/P]
- 5349 PROTEINE ELETTROFORESI [SIERO]

(Barrare se non utilizzate)

NOTA

S SUGG. H RICOV. ALTRO

NOTA

U B D P PRIORITA' DELLA PRESTAZIONE

Dott. VERARDI Carlo
Cod. Reg. 446807

Dott. GALLO Giovanni
Cod. Reg. 925046

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

0 0 5

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

TIPO DI RICETTA

2 8 0 1 2 0

DATA

CODICE NUMERO
CODICE NUMERO

CODICE NUMERO
CODICE NUMERO

CODICE NUMERO
CODICE NUMERO

CODICE NUMERO
CODICE NUMERO

CODICE NUMERO
CODICE NUMERO

CODICE NUMERO
CODICE NUMERO

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI TICKET

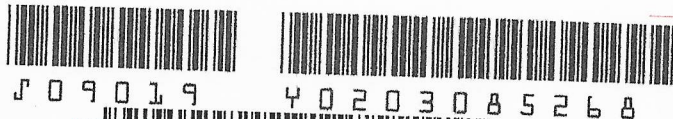
GALEN. DIR. CHIAM. ALTRO

Verardi *dp*

MAURINI Learco

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
via di padule 21

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE 090A02262698797



MRNLRC30P17D442V

<input type="checkbox"/> N NON ESENTE	E 0 1 CODICE ESENZIONE	<input type="checkbox"/> R REDDITO	(Vedi avvertenze sul retro) FIRMA AUTOCERTIFICANTE
--	---------------------------	---------------------------------------	---

PI 2 0 1 SIGLA PROVINCIA	CODICE ASL
-----------------------------	------------

6427 HELICOBACTER PYLORI FECI RIC. ANTIGENI

PRESCRIZIONE

(Barrare se non utilizzato)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> S SUGG.	<input checked="" type="checkbox"/> H RICOV.	<input type="checkbox"/>	ALTRO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> U	<input checked="" type="checkbox"/> B	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> P
NOTA					
PRIORITY DELLA PRESTAZIONE					

Dott. VERARDI Carlo
Cod. Reg. 446807

Dott. GALLO Giovanni
Cod. Reg. 925046

0 0 1 NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI	<input type="checkbox"/> TIPO DI RICETTA	2 8 0 1 2 0 DATA
--	---	---------------------

<input type="checkbox"/> CODICE	<input type="checkbox"/> NUMERO	<input type="checkbox"/> CODICE	<input type="checkbox"/> NUMERO	<input type="checkbox"/> CODICE	<input type="checkbox"/> NUMERO
<input type="checkbox"/> CODICE	<input type="checkbox"/> NUMERO	<input type="checkbox"/> CODICE	<input type="checkbox"/> NUMERO	<input type="checkbox"/> CODICE	<input type="checkbox"/> NUMERO
<input type="checkbox"/> CODICE	<input type="checkbox"/> NUMERO	<input type="checkbox"/> CODICE	<input type="checkbox"/> NUMERO	<input type="checkbox"/> CODICE	<input type="checkbox"/> NUMERO
<input type="checkbox"/> CODICE	<input type="checkbox"/> NUMERO	<input type="checkbox"/> CODICE	<input type="checkbox"/> NUMERO	<input type="checkbox"/> CODICE	<input type="checkbox"/> NUMERO

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO					
DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE					
NUMERO PROGRESSIVO					
IMPORTI					
TICKET					
GAL. DIR. CHIAM. ALTRO					

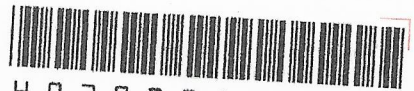
MAURINI Learco

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
via di padule 21

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



J 0 9 0 1 9



4 0 2 0 3 0 8 5 2 4 6



STAMPA PG

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

090A02262698795

REQUISITI ASSICURAZIONE



MRNLRC30P17D442V



E 0 1

CODICE ESENZIONE



(Vedi avvertenze sul retro)

REDDITO

FIRMA AUTOCERTIFICANTE

PI 2 0 1

SIGLA PROVINCIA CODICE ASL

CODICE FISCALE

5123 VITAMINA B12 [S/P]

5577 EMOCROMO CON FORMULA [SG]

5222 FOLATO [S/P]

5219 FERRO [S/P]

5217 FERRITINA [S/P]

5396 UREA [S/P]

5383 TRANSFERRINA [S/P]

5140 CREATININA [S/P]

Accertamenti

0 0 8

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI



TIPO DI RICETTA

2 8 0 1 2 0

DATA

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

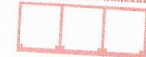
CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

(Barrare se non utilizzate)



NOTA



NOTA

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SUGG.	RICOV.	ALTRO	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
U	B	D	P
PRIORITY DELLA PRESTAZIONE			

Dott. VERARDI Carlo
Cod. Reg. 446807

Dott. GALLO Giovanni
Cod. Reg. 925046

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI

TICKET

GALEN DIR. CHIAM

PRESCRIZIONE