

CAVICCHI Giordano

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI CHE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
VIA 4 NOVEMBRE,33 CASCINA

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

090A02275798391



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE



J 0 9 0 2 0



4 0 2 1 6 1 1 6 0 8 7



C V C G D N 3 3 T 1 6 D 6 1 3 T

CODICE FISCALE

P I 2 0 2

SIGLA PROVINCIA CODICE ASL



E 0 1

CODICE ESEZIONE



(Vedi avvertenze sul retro)

REDDITO

FIRMA AUTOCERTIFICANTE

EMOCROMO, CREATININA, NA, K, CA,

PRESCRIZIONE

(Barrare se non utilizzato)



NOTA

PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE

212183 DR Luisella GIUNTOLE

Accertamenti

0 0 1

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

[] []

TIPO DI RICETTA

0 1 0 4 2 1

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			

TIMBRE E FIRMA DEL MEDICO

DATA SPEDIZIONE / TIMBRE STRUTTURA EROGANTE

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI

TICKET

GALEN,
DIR. CHIAM.
ALTR.

19/04

CAVICCHI Giordano

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O RIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
VIA 4 NOVEMBRE,33 CASCINA

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



09020

40216116076



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

090A02275798390



C V C G D N 3 3 T 1 6 D 6 1 3 T



E 0 1

CODICE ESENZIONE



(Vedi avvertenze sul retro)

FIRMA AUTOCERTIFICANTE

P I 2 0 2

SIGLA PROVINCIA CODICE ASL

CODICE FISCALE

PRESCRIZIONE

5390 URATO [S/P]

5396 UREA [S/P]

Accertamenti

0 0 2

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI



TIPO DI RICETTA

0 1 0 4 2 1

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

212183 DR Luisella GIUNTOLI

[Handwritten signature]

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE									

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI

TICKET									
GALER. DR. CHIAM. ALTRO									

0226 - EDICIA