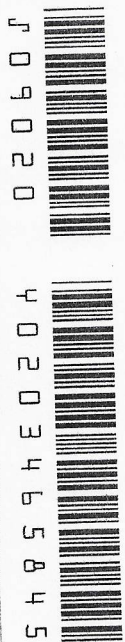


LUTUGO

COGNOME E NOME DEL ASSISTITO O INZALTO OVER 65 ANNI OVER 65 ANNI
VIA CECCO DI PIETRO, 5 PISA

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



090202276575604ALE
SERIAL NUMBER

<input checked="" type="checkbox"/> N	0	4	8
NON ESSENTE	CODICE ESSENZE		
<input type="checkbox"/> R	REDDITO		
FIRMA AUTOCERTIFICANTE			

SODIO [S/P], POTASSIO [S/P]

(vedi avvertenze sul verso)

SIGLA PROVINCIA - CODICE ASL

L	T	I	G	U	O	3	4	R	2	2	F	7	7	0
CODICE FISCALE														

(Entrare se non utilizzati)

<input checked="" type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> C
NOTA	RICV	ALT
<input checked="" type="checkbox"/> U	<input checked="" type="checkbox"/> B	<input checked="" type="checkbox"/> D
<input checked="" type="checkbox"/> P	PRIORITY DELLA PRESCRIZIONE	

PRESCRIZIONE

0	0	2
NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI		

TIPO DI RICETTA

0	6	0	5	2	1
DATA					

ssa Robert Marzolla
277152
1 Vittorio Veneto, 16
PISA (PI)

TITOLARIO E FIRMA DEL MEDICO

CODICE	NUMERO	CODICE	NUMERO	CODICE	NUMERO	CODICE	NUMERO

NUMERO PROGRESSIVO					
IMPORTI					
DATA SPEDIZIONE / TIMBRE STRUTTURALE, EROGANTE					
NOTE					

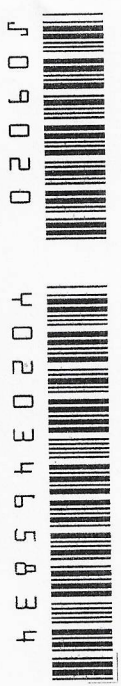
LIUT UGO

COGNOME **VIA EBECCO DI PIETRO, 5 PISA**

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



090A02276575603ALE



J09020

40203465834



L T I G U O 3 4 R 2 2 F 7 7 0 E

CODICE FISCALE

<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R		
NON ESENTE	REDDITO	FIRMA AUTOCENFIDANTE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIGLA PROVINCIA	CODICE ASL

PSA Free, ALT, Rapporto f-PSA/-PSA, CREATININASI (CPK O CK) [S/P], PEPTIDE NATRIURETICO CEREBRALE N-TERMINALE [NT PRO BNP] [S/P], AST, Creatinina, EMOCROMO CON FORMULA [SG]: Filtrato giornaliera

(Seleziona se non utilizzato)

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

PRESCRIZIONE

008

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

TIPO DI RICETTA

060521

DATA

ssa Roberta Marzolla
277152
i Vittorio Veneto / 16
PISA (PI)

MEMO' FIRMA DEL MEDICO

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO

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 / TIPO DI STRUTTURA EROGANTE

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI	TIPO DI	DATA

FPZS - FOGGIA