SBK
ASI

Prescrizione medica per cure a domicilio

Coordonate cliente	**Nome e indirizzo dell'assicurazione**
Cognome	
Nome	
Indirizzo	
CAP/Luogo	
Data di nascita	
Telefono privato	
Datore di lavoro	att. médecin-conseil
CAP/Luogo	Diagnostic:
Telefono ufficio	
Assicuratore	
No ass./incidente	

[ ] Incidente [ ] Malattia [ ] Invalidità [ ] Infermità congenita [ ] Maternità [ ] Assegno per grandi invalidi

Prescrizione medica **[ ] Prima prescrizione** **[ ] Rivalutazione**

(da riempire dal medico per misure medico-delegate esclusivamente, p.e. iniezioni, medicamenti)

Prescrizione valida dal: al:

Soins infirmiers (à remplir par l'infirmière)

Prest. Sec. OPre 7 / pos. tariffaria	Prestazioni	Frequenza	Durata in minuti al trimestre
Totale a			
Totale b			
Totale c			
Somma			

Medico (timbro) no RCC :	Infirmiera/infermiere no RCC :
	Nome/RCC ulteriori fornitori di prestazioni:
Data: Firma medico:	Data: Firma infirmiera/infirmiere: