

# ALLEGATO I

## PRESCRIZIONE MEDICA

<b>Coordinate cliente</b>		<b>Nome e indirizzo dell'assicuratore</b>	
Cognome			
Nome			
Indirizzo			
CAP/Luogo			
Data di nascita			
Telefono privato			
Datore di lavoro			
CAP/Luogo		<b>Diagnosi</b>	
Telefono professionale			
<b>N° d'assicurazione</b>			
<input type="checkbox"/> incidente <input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> invalidità <input type="checkbox"/> malattia congenita			
<b>Ordine</b>		<input type="checkbox"/> prima consultazione <input type="checkbox"/> nuova valutazione	
(da compilare dal medico)			
Durata dal: _____ al: _____			
<b>Cure</b> (da compilare dall'infermiera/e)			
Prestazione secondo posizione	Prestazione	Frequenza	Durata in min.*
		Totale	=
* per segmenti di 10 minuti			
<b>Timbro e firma del medico</b>		<b>Firma dell'infermiera/e</b>	
<b>Data:</b>		<b>Data:</b>	