

MATRICE TAGLIANDO ADESIVO



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE



REGIONE

Numero

Codice fiscale

Cognome e nome dell'assistito

Indirizzo dell'assistito

Diagnosi

REGIONE

CODICE E NUMERO DELL'ASSISTITO (per ogni assistito per il quale si applica)

NUMERO DI AFFIDAMENTO ALLA CURA

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE

SSN
CODICE

NUMERO

SSN
CODICE

NUMERO

(Una casella a rubrica)

REGIONE

NUMERO

NUMERO



STAMPATO

PRESSIONE

Diagnosi

NUMERO

NUMERO

TIPO

NUMERO

DATA

(Seleziona servizio/medico)

NUMERO

S
SLOGO

H
MEDICA

A
ALTRO

NUMERO

U
PROFETA, SLOGO, MEDICA, ALTRO

C
PROFETA, SLOGO, MEDICA, ALTRO

D
PROFETA, SLOGO, MEDICA, ALTRO

P
PROFETA, SLOGO, MEDICA, ALTRO

TIMBRE PRIMA DEL MEDICO

DATA INIZIALE E NUMERO STRUTTURAZIONE

NUMERO PROGRESSIVO

NUMERO
SPESSE
TIPO
DIR. CHIAV.
ALTRO