

MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA BELLUNO-DOLOMITI
--

COMPILARE IN STAMPATELLO E IN MODO LEGGIBILE I SEGUENTI CAMPI:

COGNOME:	NOME:
----------	-------

DATA DI NASCITA:	MEDICO CURANTE:
------------------	-----------------

NOTA BENE:

Per motivi di sicurezza si possono richiedere **solo le ricette di farmaci per cure già in atto**. Con questo modulo non è prevista la richiesta di esami, analisi, visite specialistiche che presuppongono sempre una visita da parte del Medico Curante.

INDICARE NEI CAMPI SOTTOSTANTI IL NOME E LA DOSE DEL FARMACO. POTETE INDICARE LA QUANTITA' DA RICHIEDERE CHE COMUNQUE RESTA A DISCREZIONE DEL MEDICO CURANTE. È possibile anche apporre le fustelle in carta dei medicinali già in possesso.

FARMACO N.1	confezioni n.:
-------------	----------------

FARMACO N.2	confezioni n.:
-------------	----------------

FARMACO N.3	confezioni n.:
-------------	----------------

FARMACO N.4	confezioni n.:
-------------	----------------

FARMACO N.5	confezioni n.:
-------------	----------------

FARMACO N.6	confezioni n.:
-------------	----------------

FARMACO N.7	confezioni n.:
-------------	----------------

FARMACO N.8	confezioni n.:
-------------	----------------

NOTE DA PARTE DEL MEDICO CURANTE:	ASSISTENTE DI STUDIO ACCETTATORE
-----------------------------------	-------------------------------------

IL MODULO VA CONSEGNATO IN SEGRETERIA DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ DALLE 8.00 ALLE 20.00

OPPURE INVIATO TRAMITE MAIL A: info@medicibellunodolomiti.it