



RICHIESTA TRASPORTO PER I PAZIENTI
IN CARICO NELLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE
DI I, II, III LIVELLO E CURE DOMICILIARI PALLIATIVE

MOD. A1

Al Direttore del Distretto di _____

Presidio Distrettuale di _____

SEDE

Il /la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ MMG q PLS q

RICHIEDE IL SEGUENTE TRASPORTO PER

Per il Sig./Sig.ra _____ nato/a il ____ / ____ / ____

a _____

in carico nelle cure domiciliari integrate.

TIPO DI MEZZO	q AMBULANZA	q AUTOVETTURA
MOTIVAZIONE	q VISITA SPECIALISTICA	q PRESTAZIONE DIAGNOSTICA STRUMENTALE
	q PRESTAZIONE DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	q POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO CENTRALE O PERIFERICO
	q TRACHEOSTOMIA	q POSIZIONAMENTO PEG/ SONDINO NASOGASTRICO
	q ALTRO	

Il MMG/PLS

(timbro e firma)

AUTORIZZAZIONE ALL'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE

q SI AUTORIZZA

q NON SI AUTORIZZA

DATA ____ / ____ / ____

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO O SUO DELEGATO

(timbro e firma)