



**MODULO DI RICHIESTA DI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI
A DOMICILIO**

MOD. 8

Al Direttore del Distretto

di _____

Paziente _____ CF _____

Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____

Residenza _____

MMG/PLS DR. _____ TEL _____

DIAGNOSI _____

Esami di laboratorio	Frequenza / mese	<i>P = programmati nel piano assistenziale NP = non programmati (indicare richiedente)</i>
.....	
.....	P <input type="checkbox"/>
.....	NP <input type="checkbox"/>
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Data/...../...../

MMG/PLS

(Timbro e firma)