

Prescrizione medica per la cura ambulatoriale o al proprio domicilio con RAI-HC

(art. 7 OPre)

Paziente

Destinatario

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ, Ort:

Sesso: Data nas.:

N. AVS:

Tel.:

Assicurazione

Legge:

N° assicurato:

N° / Data caso:

Dati amm.

Assegno p. g. invalidità:

Motivo della cura:

Valido per:

Valido dal:

Soggiorno in c. diurno: no sì

Prescrizione:

Fabbisogno netto cure in min.

(Dati in conformità al foglio prestazioni pagina 2)

	Prestazioni OPre				Tot./min	Prestazioni EMAP
	a	b	c	...		
	<input type="text"/>					
Modificazione della registrazione doppia del tempo in caso di prestazioni fornite simultaneamente	<input type="text"/>					
Totale	<input type="text"/>	CHF				

Motivo della necessità di cure/quadro clinico (da compilare dal medico)

Medico

Spitex

GLN: RCC:

Mail:

GLN: RCC:

Mail:

Data Firma _____
superfluo per invio elettronico

Data Firma _____
superfluo per invio elettronico

Invio elettronico

