

MODELLO NUOVA RICETTA SSN (D.M. 18/5/04) (All.2)

MATRICE

TAGLIANDO
ADESIVO



SERVIZIO
SANITARIO
NAZIONALE



REGIONE

Numero

Cognome o nome dell'assistito	Codice fiscale
Indirizzo dell'assistito	
Diagnosi	

INFORMATICA COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (30 CARATTERI PER PRESSIONE TAVOLA)			
INDIRIZZO (CON PRESSIONE TAVOLA) SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE		CODICE FISCALE	
<input type="checkbox"/> N NON ESISTENTE	CODICE ESPOSIZIONE	<input type="checkbox"/> R REDDITO (vedi tabellina sul retro) FIRMA AUTOCERTIFICANTE	SIGLA PROVINCIA - CODICE ASL
PRESCRIZIONE	(Remanente non utilizzabile) NOTA OUF		<input type="checkbox"/> S SUGG. <input type="checkbox"/> H RICEV. <input type="checkbox"/> A ALTRO
	NOTA OUF		<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE
	NUMERO CONDIZIONI / PRESTAZIONI		TIMBRE E FIRMA DEL MEDICO
	TIPO RICETTA		DATA SPEDIZIONE / TIMBRE STRUTTURALE EROGANTE
CODICE NUMERO	CODICE NUMERO	CODICE NUMERO	NUMERO PROGRESSIVO (IMPORTI) BOTTE DALETTI ALTRI
CODICE NUMERO	CODICE NUMERO	CODICE NUMERO	
CODICE NUMERO	CODICE NUMERO	CODICE NUMERO	