Regione Basilicata
Azienda Sanitaria Locale di Potenza
(A.S.P.)

SERVIZIO DI ASSISTENA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.)

SCHEDA DEGLI ACCESSI DEL MEDICO DI FAMIGLIA
(da compilare a cura del medico di famiglia)

Cognome_____ **Nome**_____ **Età**_____ **Comune di residenza** _____

Medico curante dott. _____ **Mese di riferimento**_____ **Anno** _____

Data inizio trattamento_____ **Data dimissione**_____

giorni

Cod.	Descrizione prestazione	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	T.

Firma e Timbro del Medico

Firma dell'utente o di chi ne fa le veci