

ALLEGATO 2 - SCHEDA ADT

Dati assistito:

Cognome Nome

Indirizzo Città

C.F. Tel.

Dati medico di famiglia:

Cognome Nome

Indirizzo Città

Diagnosi della patologia acuta:

.....
.....

Diagnosi concomitanti:

1.
2.
3.
4.

Piano Assistenziale:

Terapia giornaliera:

- o
- o
- o
- o



Interventi assistenziali:

○

○

Prestazioni PIP:

○

○

○

○

○

○

Accessi del medico:

○

Data:

Firma del MMG

Handwritten signatures: three distinct signatures in cursive script.

Handwritten signature: a single signature in cursive script.

ALLEGATO 2 bis - SCHEDA ADT – parte II

Data

Diario Clinico

.../.../...

.....
.....
.....
.....

Firma

.../.../...

.....
.....
.....
.....

Firma

.../.../...

.....
.....
.....
.....

Firma

.../.../...

.....
.....
.....
.....

Firma

.../.../...

.....
.....
.....
.....

Firma

.../.../...

.....
.....
.....
.....

Firma

.../.../...

.....
.....
.....
.....

Firma





ALLEGATO 2 ter – SCHEDA ADT - PPIP[illegible]

Ally D

by