Mod. M 100

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Accordo collettivo nazionale e accordo regionale con i medici di MEDICINA GENERALE E SPECIALISTI PEDIATRI

mese ___ **anno** _____

DISTINTA MENSILE

ACCESSI ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA - INTEGRATA - PRESTAZIONI AGGIUNTIVE - VISITE OCCASIONALI - LIBRETTI SPORTIVI - PROGETTO DIABETE - PAZIENTE CRONICO -

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ASSISTITO		SPECIFICA ATTIVITA' SVOLTA							ELENCAZIONE GIORNI						
Cognome/ nome	Numero della tessera S.S.N.	Tipol. Acc. ADP ADI ADR	Prestazioni Aggiuntive A B C per mmg C D per pdls		Visite occasionali A / D (1)	Progetto Diabete	Libretto sportivo (2)	Paziente cronico (3)							
			A B C D	n. voce											

1) **Visite occasionali:**
   A = visita occasionale ambulatoriale
   D = visita occasionale domiciliare
2) **LS = libretto sportivo minore**
   E = libretto sportivo disabile
   M = libretto sportivo studente medie superiori > 18 anni
3) **Paziente cronico complesso:**
   E 14 = presa in carico paziente cronico complesso
   E 15 = controlli successivi (annuali)

Codice regionale

Medico titolare

Timbro e firma del medico

data _____