

RELAZIONE DEL MEDICO SPECIALISTA

Cognome e nome assistito/a _____

Diagnosi e relazione sulle condizioni attuali _____

Richiesta di cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero (specificare e contrassegnare sul modulo allegato la patologia per la quale si richiede il trasferimento)

Motivazione della richiesta:

1) Prestazioni non ottenibili tempestivamente in Italia (indicare le strutture sanitarie interpellate, pubbliche o convenzionate con il S.S.N. – almeno due – ed i tempi di attesa dichiarati dalle stesse)

Struttura sanitaria _____ tempi _____

Struttura sanitaria _____ tempi _____

2) Prestazioni non ottenibili in forma adeguata alla particolarità del caso in Italia (motivazione) _____

Precedenti cure in Italia, terapie eseguite e loro esito _____

Precedenti cure all'estero _____

Necessità di accompagnatore e motivazione _____

Trasporto da effettuare con:

- | | | | |
|---------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| volo di linea | <input type="checkbox"/> | volo speciale | <input type="checkbox"/> |
| treno | <input type="checkbox"/> | treno con servizio speciale | <input type="checkbox"/> |
| auto privata | <input type="checkbox"/> | ambulanza | <input type="checkbox"/> |

motivazione _____

Data _____

IL MEDICO SPECIALISTA

(timbro e firma)

Elenco della documentazione che si allega:

