

Prescrizione medica ST Medical

A) Dati Personali (questa sezione va compilata in ogni sua parte)	
Cognome / Nome _____	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Minorenni indicare il nome del genitore o rappr. legale: _____	
Indirizzo: _____	Data di nascita: _____
NAP/Domicilio: _____ Cant.: _____	Numero AVS: _____
Telefono / Natel: _____	Assicurazione invalidità: _____
Professione: _____	Nr. Cassa malati: _____
Cassa malati: _____	Sezione: _____
B) Diagnosi principale / Indicazioni	
<input type="checkbox"/> Malattia polmonare ostruttiva	<input type="checkbox"/> Fibrosi Cistica
<input type="checkbox"/> Malattia polmonare restrittiva	<input type="checkbox"/> Malattia neuromuscolare
<input type="checkbox"/> Altra malattia polmonare _____	<input type="checkbox"/> Altro: _____
Apparacchio terapeutico per migliorare	
<input type="checkbox"/> Funzione polmonare	
<input type="checkbox"/> Prestazione fisica globale	
<input type="checkbox"/> Espettorazione di secreto	
D) Esami	
Capacità vitale (CV): _____ L	
Massima ventilazione volontaria (MVV): _____ L/min (opzionale)	
E) Prescrizione apparecchio ed accessori	
<input type="checkbox"/> 14.03.11.00.1	Acquisto STMedical (Prescrizione unicamente tramite Pneumologo. Visto medico di fiducia necessario, massimo 1 apparecchio ogni 5 anni)
<input type="checkbox"/> 14.03.11.00.2	Noleggio STMedical 3 mesi (massimo 3 mesi)
F) Prescrizione istruzione e consulenza	
<input type="checkbox"/> 14.03.11.03.1	prima istruzione all'utilizzo dell'apparecchio presso: IRCAm – Studio Vezia (091 966 06 06)
G) Medico prescrivente	
Medico prescrivente _____	Timbro / Firma _____ (incl. Numero di concordato)
Clinica/Studio medico _____	
Data della prescrizione _____	
Medico di famiglia _____	

Il paziente è stato informato e acconsente all'inoltro dei dati personali

Copia della prescrizione a:

Punto d'acquisto/Noleggio e centro per la formazione :

studiovezia/IRCAm, Via Morosini 7, 6943 Vezia;

091 966 06 06