

	DISTRETTO SOCIO SANITARIO
RIEPILOGO MENSILE ACCESSI MMG	DSS-CUD-MD- riepilogo mensile accessi MMG-00

CURE DOMICILIARI **DISTRETTO SOCIO SANITARIO N °**

II DOTT **Nr. Matricola**
 (titolare)

II DOTT (1) **Nr. Matricola**
 (sostituto o associato)

PER IL PAZIENTE

CODICE FISCALE

LIVELLO INTENSITÀ ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE:

1° LIVELLO 2°LIVELLO 3°LIVELLO

NEL MESE DI **ANNO**

HA EFFETTUATO I SEGUENTI ACCESSI: **1^ VISITA:**

CONTROLLI		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PER IL DISTRETTO SOCIO SANITARIO Firma e timbro	Firma e Timbro M.M.G.(2)
---	---------------------------------

N.B. - IL MODELLO DEVE ESSERE TASSATIVAMENTE COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI

(1) IN CASO DI MEDICO SOSTITUTO, O ASSOCIATO, EVIDENZIARE ANCHE IL TITOLARE
 (2) IN CASO DI MEDICO SOSTITUTO O ASSOCIATO IL FOGLIO DEVE ESSERE FIRMATO CONGIUNTAMENTE AL TITOLARE