**[A blue and white logo

Description automatically generated](https://it.smartsheet.com/try-it?trp=37974&utm_language=IT&utm_source=template-word&utm_medium=content&utm_campaign=ic-Medical+Referral+Form-word-37974-it&lpa=ic+Medical+Referral+Form+word+37974+it)MODULO DI RINVIO A UNO SPECIALISTA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MODULO DI RICHIESTA DI RINVIO RESTITUITO COMPLETATO** | | | | | | | |
| **ALL'ATTENZIONE DI** |  | | | **FAX** |  | | |
| **TELEFONO** |  | | | **E-MAIL** |  | | |
| **MODULO COMPILATO DA** | |  | **TELEFONO** |  | | **DATA** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RINVIATO ALLA VISITA SPECIALISTICA DA** | | | |
| **MEDICO** |  | **TELEFONO** |  |
| **SPECIALIZZAZIONE** |  | **FAX** |  |
| **FIRMA DEL MEDICO** |  | **E-MAIL** |  |
| **MEDICO DI BASE** se diverso |  | **TELEFONO MEDICO DI BASE** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAZIONI SUL PAZIENTE** | | | | |
| **COGNOME** |  | **NOME** |  | |
| **DATA DI NASCITA** |  | **FEMMINA / MASCHIO** |  | |
| **INTERPRETE RICHIESTO?** |  | **LINGUA RICHIESTA** |  | |
| **NOME TUTORE** |  | **RELAZIONE CON IL TUTORE** |  | |
| **INDIRIZZO DEL PAZIENTE** |  | **TELEFONO CELLULARE** |  | |
|  | **TELEFONO DI CASA** |  | |
|  | **TELEFONO DI LAVORO** |  | |
|  | **E-MAIL** |  | |
| **DIAGNOSI** |  | | **ICD-9** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SERVIZIO RICHIESTO** | | | | | | |
| **MOTIVO DEL RINVIO** |  | | | | | |
| **PAZIENTE A CONOSCENZA DEL MOTIVO DEL RINVIO? IN CASO CONTRARIO, SPIEGA PERCHÉ.** | | | |  | | |
| **SERVIZIO / SPECIALIZZAZIONE RICHIESTA** | |  | | **MEDICO RICHIESTO** | |  |
| **TIPO DI SERVIZIO RICHIESTO** | |  | **CONSULENZA** |  | **REINDIRIZZAMENTO DELLE CURE** nuova valutazione/ gestione del paziente | |
| **COMMENTI AGGIUNTIVI** |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAZIONI SULL'ASSICURAZIONE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AUTORIZZAZIONE RICHIESTA?** | | | | |  | | | **SÌ** |  | **NO** | **N. AUTORIZZ.** | |  | **NUMERO DI VISITE** | |  | **AUTORIZZ. SCADUTA DATA** | | |  |
|  | **FORNITORE CONVENZ. DI SERVIZI** |  | **COPERTURA ASSICURATIVA** |  | | | **ALTRO** | | **PIANO ASSICURATIVO** | | |  | | | | | | | | |
| **ID ASSICURAZIONE** | | |  | | | | | | **GRUPPO MEDICO** | | |  | | | | **TELEFONO ALTERN.** | |  | | |
| **NOME DEL TITOLARE DELL'ASSICURAZIONE** | | | | | |  | | | | | | **RELAZIONE CON IL PAZIENTE** | | |  | | | | **DATA DI NASCITA** |  |

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE DI NON RESPONSABILITÀ**  Qualsiasi articolo, modello o informazione sono forniti da Smartsheet sul sito web solo come riferimento. Pur adoperandoci a mantenere le informazioni aggiornate e corrette, non offriamo alcuna garanzia o dichiarazione di alcun tipo, esplicita o implicita, relativamente alla completezza, l’accuratezza, l’affidabilità, l’idoneità o la disponibilità rispetto al sito web o le informazioni, gli articoli, i modelli o della relativa grafica contenuti nel sito. Qualsiasi affidamento si faccia su tali informazioni è pertanto strettamente a proprio rischio. |