

Bertelli Leonardo

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



J 0 9 0 1 9



4 0 0 5 7 1 7 5 1 7 6



STAMPA PC

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE TOSCANA

CODICE FISCALE												
SIGLA PROVINCIA			CODICE ASL									



NON ESENTE

--	--	--	--	--	--

CODICE ESENZIONE



REDDITO

(Vedi avvertenze sul retro)

FIRMA AUTOCERTIFICANTE

--	--	--	--	--	--

SIGLA PROVINCIA

CODICE ASL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Barrare se non utilizzato)

--

NOTA

--

NOTA

☒ S	☒ H	☐	
SUGG.	RICOV.	ALTRO	
☒ U	☒ B	☒ D	☒ P
PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE			

PRESCRIZIONE

Percorso 78199

--	--	--

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

--	--

TIPO DI RICETTA

2	5	7	1	2	5
---	---	---	---	---	---

DATA

CODICE				NUMERO			
CODICE				NUMERO			

CODICE				NUMERO			
CODICE				NUMERO			

CODICE				NUMERO			
CODICE				NUMERO			

CODICE				NUMERO			
CODICE				NUMERO			

CODICE				NUMERO			
CODICE				NUMERO			

CODICE				NUMERO			
CODICE				NUMERO			

AZIENDA USL TOSCANA CENTRO
SOS Medicina Fisica e Riabilitazione Pistoia
Drs. Svetlana Mikhaylova

--	--	--	--	--	--	--	--

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI

--	--	--	--	--	--	--	--

TICKET

--	--	--	--	--	--	--	--

GALEN.
DIR. CHIAM.
ALTRO

AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI E PER I PRESIDI CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

- Il presente modulo può essere utilizzato esclusivamente per prescrizioni a carico del SSN e per le proposte di ricovero nelle strutture pubbliche ed equiparate (artt. 41 e 43 legge 833/78), nonché nelle Case di cura private accreditate.
- Qualunque falsificazione o alterazione del presente modulo è punibile ai sensi degli articoli 460, 461 e 464 del CP.
- Il rilascio di false dichiarazioni è punito ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.
- Le prescrizioni specialistiche e diagnostiche sono valide su tutto il territorio nazionale.

SOGGETTI ASSICURATI DA ISTITUZIONI ESTERE / FOREIGN SUBJECTS COVERED BY HEALTH INSURANCE

CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE / IDENTIFICATION NUMBER OF THE INSTITUTION																												STATO ESTERO / COUNTRY	
NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE / PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER																												DATA DI NASCITA / DATE OF BIRTH	
NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA / IDENTIFICATION NUMBER OF THE CARD																												DATA DI SCADENZA / EXPIRY DATE	

.....
FIRMA DELL'ASSISTITO / SIGNATURE

AUTORIZZAZIONI / ANNOTAZIONI DEL FARMACISTA

.....
FIRMA DEL MEDICO

.....
FIRMA DELL'ASSISTITO

.....
FIRMA DEL FARMACISTA

ASSISTENZA FARMACEUTICA — AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI

- 1) La ricetta è spedibile soltanto presso le farmacie ubicate nel territorio della Regione e in quelle extraregionali di confine accreditate.
- 2) La ricetta, ai fini della spedizione, ha la validità di 30 giorni, escluso quello di emissione.
- 3) Per la spedizione delle ricette durante il servizio notturno a battenti chiusi, il diritto aggiuntivo previsto dalla tariffa nazionale è a carico dell'assistito, salvo casi di urgenza indicati dal medico prescrittore ovvero per prescrizioni effettuate dal servizio di continuità assistenziale.
- 4) È vietata qualsiasi anticipazione di prodotti farmaceutici agli utenti.

L'attestazione del diritto all'esenzione per motivi sanitari è certificata esclusivamente dal medico prescrittore