[](https://it.smartsheet.com/try-it?trp=37219&utm_language=IT&utm_source=integrated+content&utm_campaign=/medical-forms-templates&utm_medium=ic+medical+referral+form+template+37219+word+it&lpa=ic+medical+referral+form+template+37219+word+it)**MODELLO DI MODULO DI RIFERIMENTO MEDICO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MODULO DI RICHIESTA DI REFERENZA COMPILATO PER IL RESO A | |  | SEGNALATO DA |  | |  | MODULO DI RIFERIMENTO MEDICO | |
| **ATTENZIONE** |  |  | **MD DI RIFERIMENTO** | |  |  | **IL TUO LOGO** | |
| **TELEFONO** |  |  | **SPECIALITÀ** | |  |  |
| **FAX** |  |  | **FIRMA** | |  |  |
| **E-MAIL** |  |  | **TELEFONO** | |  |  |
| MODULO COMPILATO DA | |  | **FAX** | |  |  |
| **NOME** |  |  | **E-MAIL** | |  |  |
| **TELEFONO** |  |  | **PCP** se diverso | |  |  |
| **DATTERO** |  |  | **TELEFONO PCP** | |  |  |
| INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE | |  | SERVIZIO RICHIESTO | | |  | INFORMAZIONI ASSICURATIVE | |
| **COGNOME** |  |  | **MOTIVO DEL RINVIO** | |  |  | **AUTORIZZAZIONE RICHIESTA?** | SÌ |
| **NOME** & **M.I.** |  |  |  | NO |
| **DATA DI NASCITA** |  |  |  | **AUTH. NO.** |  |
| **FEMMINA / MASCHIO** |  |  |  | **NO. Numero di VISITE** |  |
| **INTERPRETE REQ.?** |  |  |  | **AUTH. DATA DI SCADENZA** |  |
| **LINGUA REQ.** |  |  |  | PPO | **PIANO ASSICURATIVO** |
| **NOME DEL GUARDIANO** |  |  |  | HMO · |  |
| *Relazione con Pat.* |  |  |  | ALTRO |
| **INDIRIZZO DEL PAZIENTE** |  |  | **PAZIENTE CONSAPEVOLE** del motivo del rinvio? In caso contrario, si prega di spiegare. | |  |  | **ID ASSICURAZIONE** |  |
|  |  | **GRUPPO MEDICO** |  |
|  |  | **TELEFONO** |  |
| **TELEFONINO** |  |  | **SERVIZIO / SPECIALITÀ RICHIESTA** | |  |  | **FAX** |  |
| **TELEFONO DI CASA** |  |  |  | **NOME DEL TITOLARE** |  |
| **TELEFONO DI LAVORO** |  |  | **MEDICO RICHIESTO** | |  |  | *Relazione con Pat.* |  |
| **E-MAIL** |  |  |  | **DATA DI NASCITA** |  |
| DIAGNOSI DI RIFERIMENTO | |  | TIPO DI SERVIZIO RICHIESTO | | |  | COMMENTI AGGIUNTIVI | |
| **DIAGNOSI DI RIFERIMENTO** |  |  |  | | **CONSULTAZIONE** |  |  | |
|  |  | | **TRASFERIMENTO DI CAREnew**  valutazione / gestione del paziente |  |
|  |  |
| **ICD-9 ·** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DISCONOSCIMENTO**  Tutti gli articoli, i modelli o le informazioni fornite da Smartsheet sul sito Web sono solo di riferimento. Mentre ci sforziamo di mantenere le informazioni aggiornate e corrette, non rilasciamo dichiarazioni o garanzie di alcun tipo, esplicite o implicite, circa la completezza, l'accuratezza, l'affidabilità, l'idoneità o la disponibilità in relazione al sito Web o alle informazioni, agli articoli, ai modelli o alla grafica correlata contenuti nel sito Web. Qualsiasi affidamento che fai su tali informazioni è quindi strettamente a tuo rischio. |