QUISISANA

MODULO DI DELEGA PER MODIFICA TERAPIA FARMACOLOGICA

Il sottoscritto (nome e cognome)_____nato a_____il_____/__/_____e residente a_____in_____tel._____ _____documento di identità n°_____ rilasciato da _____di cui allega copia fotostatica, in qualità di paziente in cura presso la Struttura_____ambulatorio di _____essendo impossibilitato a recarsi personalmente per_____(indicare motivazione)

DELEGA

il/la Sig./Sig.ra nato/a _____Prov._____ il_____/__/_____e residente a _____ Prov._____in_____recapito telefonico_____ documento di identità n° _____rilasciato da_____in qualità di_____

coniuge/figlio/nipote/sorella/fratello/amica/badante/ecc **(indicare qualifica)** ad incontrare il medico curante e comunicargli/consegnargli_____ _____l'esito/referto delle analisi cliniche/esame diagnostico /dati relativi alla pressione/ecc **(è necessario inserire la tipologia di dato da comunicare)** per ricevere le modifiche del mio piano terapeutico e/o ulteriori indicazioni.

Dati da comunicare al medico :

allegato alla presente delega

Referto analisi /esame diagnostico:

Pressione arteriosa:

Eventuale Sintomatologia:

Luogo e data_____

Firma del paziente

_____

Firma del delegato

_____