

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

CURE DOMICILIARI
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N°

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

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

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