

Civico Di Cristina Benfratelli
 Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

SCHEMA RECUPERO IMPORTI PREOSPEDALIZZAZIONE

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA ____/____/____

RESIDENZA _____

CODICE FISCALE _____

RECAPITO TELEFONICO _____

DATA DI APERTURA DELLA PREOSPEDALIZZAZIONE ____/____/____

NUMERO DI CARTELLA DI PREOSPEDALIZZAZIONE: _____

ESAMI ESEGUITI (barrare la casella)

EMOCROMO ELETTROLITI PROVE DI COAGULAZIONE GLICEMIA

AZOTEMIA CREATININA GOT GPT FOSF. ALC. GAMMA GT

PROTEINEMIA TOTALE ECG RX TORACE

CONSULENZA ANESTESIOLOGICA CONSULENZA CARDIOLOGICA

ALTRI ESAMI E/O CONSULENZE _____

DIAGNOSI ALLA PREOSPEDALIZZAZIONE _____

DATA PREVISTA DELL'INTERVENTO ____/____/____

PALERMO ____/____/____

Il Direttore / Responsabile della U.O.
