

## Prescrizione per l'alimentazione artificiale a domicilio

### Paziente

Cognome   Nome	Data di nascita
Via   n.	Telefono
NPA   località	
E-mail	
Assicuratore malattia	N. d'assicurato

Sì. Sono d'accordo che venga trasmessa la prescrizione o una copia al servizio Home Care indicato al numero 7 e al servizio di consulenza dietetica, se indicato al numero 8, e che questi assumano la mia cura secondo le direttive della SSNC. La protezione dei dati è garantita e non viene trasmessa nessuna informazione medica.

No, non voglio che la prescrizione o una copia venga trasmessa a terzi e prendo atto di dover provvedere personalmente al pagamento della fattura emanata dal servizio Home Care ed all'invio della stessa all'assicuratore malattia per il rimborso.

Sono d'accordo che i miei dati vengano analizzati in forma anonima dal Servizio Home Care e che la SSNC li utilizzi per scopi statistici.

### Medico prescrivente (responsabilità principale verso il paziente)

Cognome   nome	
Via   n.	N. RCC
NPA   località	Telefono

### Medico di famiglia o medico delle cure successive

Cognome   nome	
Via   n.	N. RCC
NPA   località	Telefono

### Indicazione medica per l'alimentazione artificiale (barrare il codice)

Diagnosi principale (codice ICD):		
Cause anatomiche	Occlusione intestinale cronica (ileo cronico) Stenosi non operabile dell'esofago e dello stomaco Fistole gastrointestinali ed enterocutanee	Fistole «High output» Sindrome dell'intestino corto Malformazioni

