



Protocollo

Parma,

All'Azienda U.S.L. di Parma

Distretto _____

OGGETTO: RICHIESTA DI PRESTAZIONI ASSISTENZIALI IN FORMA DIRETTA/INDIRETTA PRESSO CENTRI DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE ALL'ESTERO (D.M.3.11.1989 E CIRCOLARE N. 33 DEL 12.12.1989 in G.U. 10.1.90 N.17)

BRANCA _____

Il/la sottoscritto/a _____

nat__ a _____ il _____

residente a _____ in via _____

iscrizione al S.S.N. _____

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE

per sé C.F. _____

per il familiare _____

(cognome, nome , relazione di parentela)

nat__ a _____ il _____

C.F. _____

a recarsi presso il Centro estero _____

per _____

come da relazione del medico specialista allegata

Data _____

Firma del richiedente

RELAZIONE DEL MEDICO SPECIALISTA

Cognome e nome del/della assistito/a _____

Diagnosi e relazione sulle condizioni attuali _____

Richiesta di cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero (specificare e contrassegnare sul modulo allegato la patologia per la quale si chiede il trasferimento)

Motivazione della richiesta:

1. Prestazioni non ottenibili tempestivamente in Italia (indicare le strutture sanitarie interpellate, pubbliche o convenzionate con il S.S.N. - almeno due – ed i tempi di attesa dichiarati dalle stesse:

Struttura sanitaria _____ tempi _____

Struttura sanitaria _____ tempi _____

2. Prestazioni non ottenibili in forma adeguata alla particolarità del caso in Italia

(motivazione) _____

3. Precedenti cure in Italia, terapie eseguite e loro esito _____

Precedenti cure all'estero _____

Necessità di accompagnatore e motivazione _____

Trasporto da effettuare con :

volo di linea treno auto privata

volo speciale treno con servizio speciale ambulanza

motivazione _____

Data _____

IL MEDICO SPECIALISTA

(timbro e firma)

Elenco della documentazione che si allega _____