

*ATTESTAZIONE MODIFICHE DELLE CONDIZIONI CLINICO-
ASSISTENZIALI RISPETTO ALLE CONDIZIONI DI PRESA IN CARICO*

Si certifica che il/la Sig./ra _____

nato/a _____ il _____ residente a _____

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

in trattamento emodialitico presso il Centro _____

affetto da _____

ha effettuato n. _____ sedute dialitiche nei giorni _____
motivazione eventuale modifica

giornate di ricovero che hanno interrotto il servizio di trasporto _____

variazione della tipologia di trasporto _____

motivazione variazione _____

si conferma che il trasporto è avvenuto con il seguente mezzo _____
come da autorizzazione, risultando invariate le condizioni cliniche dell'assistito.

Data _____

Timbro e firma
Il Medico Nefrologo - Responsabile del Centro Dialisi