

U.O.C.

RICHIESTA DI CONSULENZA SPECIALISTICA

Paziente

Letto N.

Visita richiesta

Data

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE

U.O.C.

RICHIESTA DI CONSULENZA SPECIALISTICA

Paziente

Letto N.

Visita richiesta

Quesito clinico

Osservazioni

Data

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE
IL DIRETTORE U.O.C.

ATTENZIONE
L'AZIENDA È FUORI DA OGNI
RESPONSABILITÀ PER LE BOZZE
DA VOI CORRETTE.
Visto: Si autorizza la stampa.
Data

Firma