

CURE DOMICILIARI PROGRAMMATE (C.D.P.)

SCHEDE DEGLI ACCESSI
(da tenere presso il domicilio del paziente)

DOTT. _____ **COD. REG.** _____

ASSISTITO

COGNOME _____ NOME _____ NATO IL _____

INDIRIZZO _____

TELEFONO _____

ANAMNESI (indicare i principali dati anamnestici)[illegible]

ESAME OBIETTIVO (prima visita)

[illegible]

Valutazioni cliniche	Accertamenti diagnostici	Visite specialistiche	Prestazioni aggiuntive
DATA DELLA VISITA _____	Accertamenti diagnostici _____	Visite specialistiche _____	Prestazioni aggiuntive _____
Valutazioni cliniche _____	Accertamenti diagnostici _____	Visite specialistiche _____	Prestazioni aggiuntive _____
DATA DELLA VISITA _____	Accertamenti diagnostici _____	Visite specialistiche _____	Prestazioni aggiuntive _____
Valutazioni cliniche _____	Accertamenti diagnostici _____	Visite specialistiche _____	Prestazioni aggiuntive _____
DATA DELLA VISITA _____	Accertamenti diagnostici _____	Visite specialistiche _____	Prestazioni aggiuntive _____
Valutazioni cliniche _____	Accertamenti diagnostici _____	Visite specialistiche _____	Prestazioni aggiuntive _____
DATA DELLA VISITA _____	Accertamenti diagnostici _____	Visite specialistiche _____	Prestazioni aggiuntive _____
Valutazioni cliniche _____	Accertamenti diagnostici _____	Visite specialistiche _____	Prestazioni aggiuntive _____
DATA DELLA VISITA _____	Accertamenti diagnostici _____	Visite specialistiche _____	Prestazioni aggiuntive _____
Valutazioni cliniche _____	Accertamenti diagnostici _____	Visite specialistiche _____	Prestazioni aggiuntive _____