

FAC SIMILE

PAZIENTE

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via/c.da _____

DIAGNOSI _____

b. persona dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7).

Dichiaro di aver preso visione di tutta la documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente.

Luogo e data _____

Firma e Timbro del medico
