

ISTRUZIONI PER LE PRENOTAZIONE E L'ACCETTAZIONE DELLE CURE TERMALI

Fangoterapia



Terapia: ciclo di 12 fanghi e 12 bagni terapeutici o ciclo di 12 bagni terapeutici

Patologia: osteoartrosi e altre forme degenerative, reumatismi extra articolari

Visita: è obbligatoria la prenotazione telefonica

Terapie al mattino e al pomeriggio su appuntamento

Cure Convenzionate, Fac-Simile impegnativa

COGNOME NOME <small>COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)</small>			
INDIRIZZO <small>INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)</small>			
 SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE VENETO		CODICE FISCALE	
EVENTUALE ESENZIONE <small>(Vedi Avvertenze sul retro)</small>		<small>COGNOME FISCALE</small>	
<input type="checkbox"/> N <small>NON ESENTE</small>	<input type="checkbox"/> R <small>REDDITO</small>	<input type="checkbox"/> S <small>SIGLA PROVINCIA</small>	<input type="checkbox"/> C <small>CODICE ASL</small>
12 FANGHI + 12 BAGNI TERAPEUTICI		<small>(Barre se non utilizzate)</small>	
PATOLOGIA		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> A <small>NOTA CUP</small>	
		<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P <small>NOTA CUP</small>	
		PRIORITA' DELLA PRESTAZIONE	
		TIMBRO E FIRMA MEDICO <small>TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO</small>	
		<input type="checkbox"/> DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA E ROGANTE	
		NUMERO PROGRESSIVO	
		<input type="checkbox"/> IMPORTI <input type="checkbox"/> TICKET	
		<input type="checkbox"/> SALEN <input type="checkbox"/> DEI CHIAI <input type="checkbox"/> ALTRO	

CURE INALATORIE E SORDITÀ RINOGENA

Terapia: Ciclo di 24 cure inalatorie

Patologia: Sindromi rinosinusitiche bronchiali croniche, bronchiti croniche semplici o accompagnate a componente ostruttiva (con esclusione dell'asma e dell'enfisema avanzato, complicato da insufficienza respiratoria grave e da cuore polmonare cronico), rinopatia vasomotoria, faringite cronica, laringite cronica, sinusite cronica, poliposi, adenoidite

Terapia: Ciclo di cura per sordità rinogena (12 inalazioni + 12 insufflazioni)

Patologia: Otiti catarrali croniche, otiti croniche purulente non colesteatomatose, otosalpingite

Visita: è obbligatoria la prenotazione telefonica

Orari terapie cure inalatorie

Dal 05 luglio al 14 agosto:

Dal lunedì al venerdì dalle ore 07:00 si accettano i pazienti fino alle ore 13:00 - chiusura ore 13:30

Sabato e festività infrasettimanali dalle ore 7:30 si accettano i pazienti fino alle ore 11:00 - chiusura ore 12:00

Orari terapie insufflazioni

Dal lunedì al venerdì dalle ore 07:30 si accettano i pazienti fino alle ore 13:00 - chiusura ore 13:30

Sabato e festività infrasettimanali dalle ore 7:30 si accettano i pazienti entro le ore 11:00 - chiusura ore 12:00

Cure Convenzionate, Fac-Simile impegnativa

COGNOME NOME
COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

INDIRIZZO
INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE VENETO

EVENTUALE ESENZIONE
 N NON È SERVE **R** VEDI AVVERTENZE SUL RETRO
CODICE E SENZIONE REDDITO FIRMA AUTOCERTIFICANTE

CODICE FISCALE
SIGLA PROVINCIA CODICE ASL

PRESCRIZIONE

12 INALAZIONI + 12 INSUFFLAZIONI

PATOLOGIA

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI **TIPO DI RICETTA** **DATA** **G G M M A A**

CODICE **NUMERO** **CODICE** **NUMERO** **CODICE** **NUMERO**

CODICE **NUMERO** **CODICE** **NUMERO** **CODICE** **NUMERO**

CODICE **NUMERO** **CODICE** **NUMERO** **CODICE** **NUMERO**

CODICE **NUMERO** **CODICE** **NUMERO** **CODICE** **NUMERO**

CODICE **NUMERO** **CODICE** **NUMERO** **CODICE** **NUMERO**

CODICE **NUMERO** **CODICE** **NUMERO** **CODICE** **NUMERO**

CODICE **NUMERO** **CODICE** **NUMERO** **CODICE** **NUMERO**

TIMBRO E FIRMA MEDICO
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI **TICKET**

SALEN **DIR. CHIAM** **ALTRO**

COGNOME NOME
COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

INDIRIZZO
INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE VENETO

EVENTUALE ESENZIONE
 N NON È SERVE **R** VEDI AVVERTENZE SUL RETRO
CODICE E SENZIONE REDDITO FIRMA AUTOCERTIFICANTE

CODICE FISCALE
SIGLA PROVINCIA CODICE ASL

PRESCRIZIONE

12 INALAZIONI + 12 AEROSOL

PATOLOGIA

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI **TIPO DI RICETTA** **DATA** **G G M M A A**

CODICE **NUMERO** **CODICE** **NUMERO** **CODICE** **NUMERO**

CODICE **NUMERO** **CODICE** **NUMERO** **CODICE** **NUMERO**

CODICE **NUMERO** **CODICE** **NUMERO** **CODICE** **NUMERO**

CODICE **NUMERO** **CODICE** **NUMERO** **CODICE** **NUMERO**

CODICE **NUMERO** **CODICE** **NUMERO** **CODICE** **NUMERO**

CODICE **NUMERO** **CODICE** **NUMERO** **CODICE** **NUMERO**

CODICE **NUMERO** **CODICE** **NUMERO** **CODICE** **NUMERO**

CODICE **NUMERO** **CODICE** **NUMERO** **CODICE** **NUMERO**

TIMBRO E FIRMA MEDICO
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI **TICKET**

SALEN **DIR. CHIAM** **ALTRO**

PERCORSO VASCOLARE

Terapia: Ciclo di cure termali per vasculopatie periferiche

Patologia: Postumi di flebopatie croniche, varici arti inferiori, insufficienza venosa cronica

Visita: è obbligatoria la prenotazione telefonica

Terapie il mattino su appuntamento

Cure Convenzionate, Fac-Simile impegnativa

Il modulo è un fac-simile di una ricetta medica italiana, specificamente per cure convenzionate. È diviso in diverse sezioni:

- Dati personali:** COGNOME NOME, INDIRIZZO, SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (REGIONE VENETO), EVENTUALE ESENZIONE.
- Identificativi:** CODICE FISCALE, CODICE FISCALE, SIGLA PROVINCIA, CODICE ASL.
- Prescrizione:** 12 FANGHI + 12 BAGNI TERAPEUTICI. Sezione con un riquadro rosso verticale che recita "PRESCRIZIONE".
- Patologia:** PATOLOGIA.
- Timbro e Firma Medico:** TIMBRO E FIRMA MEDICO, TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO.
- Altre informazioni:** DATA (GG MM AA), CODICE e NUMERO per le confezioni/prestazioni, CODICE FISCALE, DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA ROGANTE, NUMERO PROGRESSIVO, IMPORTI (TICKET, SALER, DE, CHIR, ALTRO).

I pazienti sono pregati di **presentarsi all'accettazione** muniti di:

- **Impegnativa** che indichi il ciclo di cure e le patologie
- **Tessera sanitaria**