



MODULO DI DELEGA PER MODIFICA TERAPIA FARMACOLOGICA

Il sottoscritto (nome e cognome) _____ nato
a _____ il _____ / _____ / _____ e
residente
a _____ in _____ tel. _____
_____ documento di identità n° _____ rilasciato da
_____ di cui allega copia fotostatica, in qualità di paziente in
cura _____ presso _____ la
Struttura _____ ambulatorio _____ di
_____ essendo impossibilitato a recarsi personalmente
per _____ (indicare motivazione)

DELEGA

il/la Sig./Sig.ra nato/a _____ Prov. _____
il _____ / _____ / _____ e residente a _____
Prov. _____ in _____ recapito
telefonico _____
documento _____ di _____ identità _____ n° _____
_____ rilasciato
da _____ in
qualità
di _____
coniuge/figlio/nipote/sorella/fratello/amica/badante/ecc (**indicare qualifica**) ad incontrare il
medico _____ curante _____ e
comunicargli/consegnargli _____

_____ l'esito/referto delle analisi
cliniche/esame diagnostico /dati relativi alla pressione/ecc (**è necessario inserire la tipologia di
dato da comunicare**) per ricevere le modifiche del mio piano terapeutico e/o ulteriori indicazioni.

Dati da comunicare al medico :

allegato alla presente delega

Referto analisi /esame diagnostico:

Pressione arteriosa:

Eventuale Sintomatologia:

Luogo e data _____

Firma del paziente

Firma del delegato
