

La nuova ricetta unificata

Guida rapida



***Guida illustrata rapida
all'uso della nuova ricetta unificata
per il medico prescrittore.***

Cosa cambia in sintesi.

- Il ricettario viene consegnato a tutti i medici prescrittori che assumono in prima persona la responsabilità di prescrivere prestazioni e farmaci;
- Il medico prescrittore non ha più il dovere di firmare la nota CUF;
- Le esenzioni sono uguali in tutta Italia (tranne che in Lombardia e, in parte, in Veneto);
- L'esenzione per reddito diviene di competenza –e responsabilità- esclusiva del cittadino;
- Vengono abolite alcune caselle: I (integrativa), M (Maschio), F (Femmina) ed età;
- È stata aggiunta una riga per l'indicazione (quando previsto) della diagnosi/sintomo;
- Si differenzia la ricetta per i naviganti (che è analoga alla nuova ricetta unificata);
- Si unificano le altre ricette (SSN e Turisti);
- Il medico informatizzato –oltre ad apporre una biffatura automatica nell'apposita casella- può stampare in modalità codice a barre:
 - codice fiscale (nello spazio soprastante il codice fiscale in formato alfanumerico)
 - codici base_ 32, nel caso delle prescrizioni farmaceutiche (nello spazio prescrizioni)
 - codici Nomenclatore, nel caso delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (nello spazio per le fustelle adesive per i farmaci)
- E' facoltativa la compilazione della matrice (tranne che per il SASN);
- Non si deve restituire la matrice (tranne che per il SASN);
- Viene introdotto il tagliando adesivo ma la sua applicazione non è di competenza del medico;
- Si introducono codici di priorità, ma entrano in vigore solo dopo accordi regionali con le OO. SS. di categoria;

La nuova codifica delle esenzioni.

Una particolare importanza nel quadro delle nuove modalità prescrittive, assume la codifica nazionale delle esenzioni che è stata recentemente proposta dal Ministero della Salute a tutte le Regioni e che le stesse hanno adottato (a parte la Lombardia e, in parte, il Veneto).

Comunque la Regione che non dovesse adottarla si è impegnata ad adottare una transcodifica dalla vecchia alla nuova classificazione.

La codifica nazionale renderà omogeneo e facilmente studiabile il set di dati delle esenzioni, contribuendo a mappare su tutto il territorio nazionale lo stato dei cittadini esenti e la stratificazione della popolazione generale per tipologia di esenzione.

CODIFICA NAZIONALE DELLE CONDIZIONI DI ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA

n.	Tipologia di esenzione	Cod.	SubCod.	Note
1	Soggetti affetti da patologie croniche e invalidanti esenti ai sensi del D.M. 28.05.1999 n. 329 e succ. modifiche e integrazioni (ultimo D.M. 21.5.2001 n. 296);	0 malattie croniche	da 02 a 56	<i>Vedi Nota (1)</i>
2	Soggetti affetti da patologie rare esenti ai sensi del D.M. 18.05.2001 n. 279;	R Rare	Da Aannn a Qannn	<i>Vedi Nota (2)</i>
3	Prestazioni richieste su sospetto diagnostico di malattia rara (ex art. 5 comma 2 del D.M. 18.05.2001 n. 279).		99	<i>Vedi Nota (3)</i>
4	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 1 ^a alla 5 ^a titolari di pensione diretta vitalizia e deportati in campo di sterminio (ex art. 6 comma 1 lett. a del D.M. 01.02.1991);	G Guerra	01	
5	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 6 ^a alla 8 ^a (ex art. 6 comma 2 lett. A del D.M. 01.02.1991);		02	
6	Grandi invalidi del lavoro - dall'80% al 100% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. B del D.M. 01.02.1991);	L Lavoro	01	
7	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 79% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. b del D.M. 01.02.1991);		02	
8	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa < 2/3 - dall'1% al 66% di invalidità - (ex art. 6 comma 2 lett. b del D.M. 01.02.1991);		03	
9	Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali (ex art. 6 comma 2 lett. c del D.M. 01.02.1991);		04	
10	Grandi invalidi per servizio appartenenti alla 1 ^a categoria - titolari di specifica pensione - (ex art. 6 comma 1 lett. c del D.M. 01.02.1991);	s Servizio	01	
11	Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 2 ^a alla 5 ^a (ex art. 6 comma 1 lett. c del D.M. 01.02.1991);		02	
12	Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 6 ^a alla 8 ^a (ex art. 6 comma 2 lett. d del D.M. 01.02.1991);		03	
13	Obiettori di coscienza in servizio civile (ex art. 6, comma 1, L. 8 luglio 1998, n. 230)		04	
14	Invalidi civili al 100% di invalidità senza indennità di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);	C Civili	01	
15	Invalidi civili al 100% di invalidità con indennità di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);		02	
16	Invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 99% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);		03	
17	Invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza ex art. 1 L. n. 289/90 (ex art. 5 comma 6 del D.Lgs. 124/1998);		04	
18	Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore ad un decimo ad entrambi gli occhi - con eventuale correzione - riconosciuti dall'apposita Commissione Invalidi Ciechi Civili - ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. f del D.M. 01.02.1991 - (ex art. 6 L. n. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99);		05	

19	Sordomuti (da intendersi coloro che sono colpiti da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata) - ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. f del D.M. 01.02.1991 - (ex art. 7 L. n. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99);		06	
20	Pazienti in possesso di esenzione in base alla L. n. 210 del 25.02.1992 - Danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati - (ex art. 1 comma 5 lett. d del D.Lgs. 124/1998);	N Legge n. 210	01	
21	Pazienti in possesso di esenzione in base alla L. n. 302/90 - vittime del terrorismo e della criminalità organizzata - (ex art. 5 comma 6 del D.Lgs. 124/1998);	V Vittime	01	
22	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998)- in epoca pre-concezionale;	M Maternità	00	
23	esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) - in gravidanza ordinaria; <i>oppure a</i>		da 01 a 41	così composto: M + nn (settimana di gravidanza)
24	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) - in gravidanza ordinaria		99	<i>Vedi Nota (4)</i>
25	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) - in gravidanza a rischio;		50	
26	Prestazioni diagnostiche nell'ambito di campagne di screening autorizzate dalla Regione (ex art. 1 comma 4 lett. a del D.Lgs. 124/1998);	D Diagnosi precoce	01	
27	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) - citologico;		02	
28	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) - mammografico;		02	
29	Prestazioni di diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) - colon-retto;		04	
30	Prestazioni di approfondimento diagnostico correlate alla diagnosi precoce del tumore della mammella (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000)		05	
31	Prestazioni specialistiche correlate all'attività di donazione (ex art. 1 comma 5 lett. c del D.Lgs. 124/1998);	T donazione	01	
32	Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezione HIV (ex art. 1, comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 - prima parte);	H Hiv	01	
33	Prestazioni specialistiche finalizzate alla tutela della salute collettiva, disposte a livello locale in caso di situazioni epidemiche (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 24/1998 - seconda parte -);	P Prevenzione	01	
34	Prestazioni specialistiche finalizzate all'avviamento al lavoro derivanti da obblighi di legge e non poste a carico del datore di lavoro - attualmente eseguibili nei confronti dei soggetti maggiorenni apprendisti - (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 - ultima parte -);		02	
35	Prestazioni correlate alla pratica vaccinale obbligatoria o raccomandata (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 - prima parte -);		03	
36	Soggetti con meno di 6 anni o più di 65 anni con reddito familiare inferiore a 36.151,98 euro (ex art. 8, comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);	E condizioni Economiche	01	
37	Disoccupati - e loro familiari a carico - con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516 euro per ogni figlio a carico (ex art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);		02	
38	Titolari di assegno (ex pensione) sociale - e loro familiari a carico - (art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);		03	
39	Titolari di pensione al minimo, con più di 60 anni - e loro familiari a carico - - con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516 euro per ogni figlio a carico (ex art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);		04	
40	Prestazioni a favore di detenuti ed internati (ex art. 1, comma 6, D.Lgs. 22. 6. 1999 n. 230)	F detenuti	01	
41	Prestazioni richieste per il rilascio di certificati di idoneità alla pratica sportiva, all'adozione e affidamento, allo svolgimento del servizio civile (ex D.P.C.M. 28 novembre 2003)	I Idoneità	01	

Note

Nota (1)

I caratteri identificativi dell'esenzione (codice+sub-codice) corrispondono alle prime 3 cifre del codice identificativo della condizione di esenzione (0NN - dove con N rappresenta un numero).

Nota (2)

I caratteri identificativi dell'esenzione (codice+sub-codice) sono 6 e corrispondono al codice identificativo completo della malattia o del gruppo di malattie: secondo lo schema prevalente RAANNN (dove A rappresenta un carattere alfabetico e N rappresenta un carattere numerico)

Nota (3)

Nel caso di soggetti per i quali è stato formulato dallo specialista un sospetto diagnostico di malattia rara, è sufficiente l'indicazione del codice R e del sub-codice 99. Gli stessi caratteri identificativi dovranno essere usati per la codifica delle indagini genetiche sui familiari dell'assistito quando necessarie per diagnosticare (all'assistito) una malattia rara di origine ereditaria.

Nota (4)

Codice alternativo utilizzabile dal MMG, qualora lo stesso medico non fosse operativamente in grado di quantificare esattamente la settimana di gestazione dell'assistita, anche in ragione dei lunghi periodi intercorrenti tra la data di prescrizione e la data di erogazione della prestazione specialistica richiesta. In questo caso, la verifica della correlazione tra la settimana di gravidanza e la tipologia della prestazione richiesta, ai fini dell'esenzione dalla spesa sanitaria, sarebbe di competenza della struttura erogatrice.

Istruzioni per l'attribuzione del codice che identifica la tipologia di esenzione

Il medico prescrittore dovrà riportare, nelle caselle della ricetta predisposte a questo scopo, il codice e il sub-codice di esenzione che ne identificano la tipologia, secondo quanto riportato nella tabella sopra allegata.

Il codice è costituito da un carattere alfabetico e il sub-codice è costituito da un carattere numerico a due cifre, tranne che nel caso delle esenzioni per patologie croniche nel quale il codice è costituito dallo 0 (zero) e non da una lettera dell'alfabeto.

Per quanto attiene alle esenzioni per reddito, si ricorda che **il medico non è tenuto alla certificazione dei tale esenzione**, che resta di esclusiva competenza del cittadino.

Le esenzioni, infine, dovranno essere certificate su apposito modulo o cartellino o altro supporto definito dalla regione competente ed in possesso dell'assistito, da quale il medico potrà trarre gli elementi probatori necessari alla trascrizione sulla ricetta.






Esempio esenzione.

Alcuni esempi :

<i>Descrizione</i>	<i>Vecchio codice</i>	<i>Nuovo codice</i>
<i>Diabete</i>	<i>013.250</i>	<i>013</i>
<i>Sclerosi laterale amiotrofica</i>	<i>RFO100</i>	<i>RFO100</i>
<i>Invalido Guerra VI-VIII</i>	<i>A + categoria</i>	<i>G02</i>
<i>Gravidanza XXX settimana</i>	<i>A + gravidanza + settimana</i>	<i>M30</i>





Ricetta stampata con sw gestionale di Medico Generale con:

- Nuova esenzione invalidità guerra
- Codice fiscale alfanumerico e a barre
- Farmaci con codici a barre
- Note CUF biffate
- Quantità inserita nelle caselle dedicate

Bianchi Mario <small>COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INVALIDE PRESCRITTO DALLA LEGGE)</small>						<input checked="" type="checkbox"/>	
v. Adige 4 <small>INDIRIZZO DI COSESCRIZIONE DELL'AUTISTA</small>							
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE		B N C M R O 5 3 H 1 0 H 7 4 2 R <small>CODICE FISCALE</small>					
<input checked="" type="checkbox"/> G 0 2 <small>NON ESENTE CODICE ESSENZIE</small>		<input checked="" type="checkbox"/> R <small>REDDITO FIRMA AUTOCERTIFICANTE</small>		SIGLA PROVINCIA CODICE ASL		<small>(Bianchi se non utilizzati)</small>	
PRESCRIZIONE			Deltacortene 5 mg 10 cp 2 scatole			<input checked="" type="checkbox"/> XXX <small>NOTA CUF</small>	
						<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> ALTR <small>SUGG. RICOV. ALTRO</small>	
						<input checked="" type="checkbox"/> XXX <small>NOTA CUF</small>	
						<input checked="" type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> P <small>PROPRIETA DELLA PRESTAZIONE</small>	
0 0 2 <small>NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI</small>		TIPO RICETTA		0 1 1 1 0 4 <small>DATA</small>			
CODICE NUMERO CODICE NUMERO		CODICE NUMERO CODICE NUMERO		CODICE NUMERO CODICE NUMERO		DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE	
CODICE NUMERO CODICE NUMERO		CODICE NUMERO CODICE NUMERO		CODICE NUMERO CODICE NUMERO		NUMERO PROGRESSIVO IMPORTI	
						TICKET GLEN DR CHAM ALTRO	
						Dr. Piero Verdi Medicina Generale  <small>TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO</small>	




Ricetta stampata con sw gestionale di Medico Ospedaliero con:

- Nessuna esenzione
- Codice fiscale alfanumerico e a barre
- Farmaco con codici a barre
- Note biffate
- Quantità inserita nelle caselle dedicate

Bianchi Mario <small>COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O AZIENDA) PRESCRITTO DALLA LEGGE</small>						<input checked="" type="checkbox"/>		
v. Adige 4 <small>INDIRIZZO (CHE PRESENTI DALLA LEGGE)</small>								
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE		B N C M R O 5 3 H 1 0 H 7 4 2 R <small>CODICE FISCALE</small>						
<input checked="" type="checkbox"/> <small>NON ESENTE</small>		<input type="checkbox"/> <small>CODICE ESSENZIONE</small>		<input type="checkbox"/> <small>REDDITO</small>		<input type="checkbox"/> <small>FIRMA AUTOCERTIFICANTE</small>		
		<small>(Vedi a v. 20 del r.d. n. 30)</small>		<input type="checkbox"/> <small>SIGLA PROVINCIA</small>		<input type="checkbox"/> <small>CODICE ASL</small>		
PRESCRIZIONE			Lasix 25 mg 30 cp		<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
			1 scatola		<small>NOTA CUF</small>		<small>SUGG. RICOV. ALTRO</small>	
					<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
					<small>NOTA CUF</small>		<small>PRIORITA DELLA PRESTAZIONE</small>	
0 0 1 <small>NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI</small>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>TIPO RICETTA</small>		0 1 1 1 0 4 <small>DATA</small>		Dr. Piero Raspanti Reparto Medicina Ospedale S. Camillo <small>TIMBRE E FIRMA DEL MEDICO</small>		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>CODICE NUMERO</small>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>CODICE NUMERO</small>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>CODICE NUMERO</small>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>DATA SPEDIZIONE / TIMBRE STRUTTURA EROGANTE</small>		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>CODICE NUMERO</small>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>CODICE NUMERO</small>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>CODICE NUMERO</small>		<small>NUMERO PROGRESSIVO</small>		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>CODICE NUMERO</small>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>CODICE NUMERO</small>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>CODICE NUMERO</small>		<small>IMPORTI</small>		
						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>TICKET</small>		
						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>GALN DR CHAM ALTRO</small>		




Ricetta stampata con sw gestionale di Pediatra con:

- Nessuna esenzione
- Codice fiscale alfanumerico e a barre
- Analisi con codici a barre nello spazio fustelle
- Diagnosi nello spazio previsto
- Quantità inserita nelle caselle dedicate

Bianchi Mario <small>COGNOME E NOME DEL ASSISTITO (CON I NOME PRECOGNOME SECONDO)</small>						<input checked="" type="checkbox"/>		
v. Adige 4 <small>INDIRIZZO (CON PRESSIONE DELLA LEGGE)</small>								
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE		B N C M R O 9 3 H 1 0 H 7 4 2 R <small>CODICE FISCALE</small>						
<input checked="" type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> CODICE ESSENZIO		<input checked="" type="checkbox"/> REDDITO		<small>(Vedi avvertenze sul retro)</small> <input type="checkbox"/> FIRMA AUTOCERTIFICANTE		
		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL				
PRESCRIZIONE	Colesterolo		Urato		<input type="checkbox"/> NOTA CUP		<input checked="" type="checkbox"/> S	
	Trigliceridi		Fibrinogeno		<input type="checkbox"/> NOTA CUP		<input checked="" type="checkbox"/> H	
	Emocromo						<input checked="" type="checkbox"/> U	
	Urea						<input checked="" type="checkbox"/> B	
	Ipercolesterolemia						<input checked="" type="checkbox"/> D	
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		
<input type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> REDDITO		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA		<input type="checkbox"/> CODICE ASL		





Ricetta stampata con sw gestionale di Medico Generale con:

- Nessuna esenzione
- Codice fiscale alfanumerico e a barre
- Codice provincia e nuovo codice ASL
- Consulenze con codici a barre nello spazio fustelle
- Diagnosi nello spazio previsto
- Quantità inserita nelle caselle dedicate

Bianchi Mario <small>COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O AZIENDA PRESCRITTO DALLA LEGGE)</small>						<input checked="" type="checkbox"/>	
v. Peccioli 5 <small>INDIRIZZO DELL'ASSISTITO (O AZIENDA)</small>							
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE		B N C M R O 5 3 H 1 0 H 7 4 2 R <small>CODICE FISCALE</small>					
<input checked="" type="checkbox"/> NON ESENTE		<input type="checkbox"/> CODICE ESSENZA		<input checked="" type="checkbox"/> RED DITO		<small>(Medici veridici sul retro)</small> R M 1 0 4 <small>SIGLA PROVINCIA - CODICE ASL</small>	
Visita cardiologica Elettrocardiogramma		<small>(Barra se non utilizzata)</small> <input type="checkbox"/> NOTA CLP		<input checked="" type="checkbox"/> SUCC.		<input checked="" type="checkbox"/> RICOV.	
Ischemia cardiaca		<input type="checkbox"/> NOTA CLP		<input checked="" type="checkbox"/> U		<input checked="" type="checkbox"/> B	
0 0 2 <small>NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONE</small>		<input type="checkbox"/> TIPO PRETTA		0 1 1 1 0 4 <small>DATA</small>		Dr. Piero Verdi Medicina Generale <small>NUMERO E FIRMA DEL MEDICO</small>	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/>	

Ricetta stampata con sw gestionale di Specialista ASL con:

- Esenzione per reddito autocertificata
- Codice fiscale alfanumerico e a barre
- Prestazioni con codici a barre inseriti nello spazio fustelle
- Diagnosi nello spazio previsto
- Quantità inserita nelle caselle dedicate

Bianchi Mario <small>COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O AZIENDA PRESCRITTO DALLA LEGGE)</small> <small>NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA LEGGE</small>		 		<input checked="" type="checkbox"/>	
v. Adige 4 <small>NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA LEGGE</small>					
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE		B N C M R O 5 3 H 1 0 H 7 4 2 R <small>CODICE FISCALE</small>			
<input checked="" type="checkbox"/> NON ESSENTE <input type="checkbox"/> CODICE ESENZIONE <input checked="" type="checkbox"/> REDDITO		<small>(Medici e veterinari non aut. redito)</small> 		<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA <input type="checkbox"/> CODICE ASL	
PRESCRIZIONE	Rx colonna cervicale		<small>(Barre ai non alligati)</small>		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> ○ <small>SUGG. RICOV. ALTRO</small>
	Rx colonna lombo sacrale		<small>NOTA CLP</small>		<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P <small>PRIORITA' DELLA PRESTAZIONE</small>
	Osteoartrosi		<small>NOTA CLP</small>		
	<input type="checkbox"/> 0 0 2 <input type="checkbox"/> TIPO PRECISA <input type="checkbox"/> 0 1 1 1 0 4 <input type="checkbox"/> DATA		Dr. Piero Perin Specialista Ortopedia Ambulatorio ASL Veneziana <small>NUMERO E FIRMA DEL MEDICO</small>		
<input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO <input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO <input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> DATA SPEDIZIONE / NUMERO STRUTTURA EROGANTE			
<input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO <input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO <input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> NUMERO PROGRESSIVO			
<input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO <input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO <input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> INFORMATI			
<input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO <input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO <input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> TICKET			
<input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO <input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO <input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> GALN <input type="checkbox"/> DR. CHAM <input type="checkbox"/> ALTRO			





Ricetta stampata con sw gestionale di Medico Generale con:

- Esenzione per infortunio sul lavoro (ex INAIL)
- Codice fiscale alfanumerico e a barre
- Prestazione con codici a barre nello spazio fustelle
- Diagnosi inserita nello spazio previsto
- Quantità inserita nelle caselle dedicate

Bianchi Mario <small>COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O AZIENDA PRESCRITTO DALLA LEGGE)</small>						<input checked="" type="checkbox"/>	
v. Adige 4 <small>INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)</small>							
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE		B N C M R O 5 3 H 1 0 H 7 4 2 R <small>CODICE FISCALE</small>					
<input checked="" type="checkbox"/> L 0 4 <small>NON ESENTE CODICE ESENZIONE</small>		<input checked="" type="checkbox"/> R <small>REDDITO FIRMA AUTOCERTIFICANTE</small>					
		<small>(Vedi avvertenze sul retro)</small>		<small>(Barre se non utilizzate)</small>			
PRESCRIZIONE		Visita ortopedica		<small>NOTA CLIP</small>		<input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> A <small>SUDD. RICCV. ALTRO</small>	
				<small>NOTA CLIP</small>		<input checked="" type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> P <small>PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE</small>	
		Caduta dall'alto con contusione lombare				Dr. Piero Verdi Medicina Generale  <small>TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO</small>	
		0 0 1 <small>NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI</small>				0 1 1 1 0 4 <small>DATA</small>	
							
							
							
							
						<small>DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE</small>	
						<small>NUMERO PROGRESSIVO</small>	
						<small>IMPORTI</small>	
						<small>TICKET</small>	
						<small>GALN. DR. CHAM. ALTRO</small>	




Ricetta stampata con sw gestionale di Medico Generale ad un soggetto assistito SASN (Naviganti) con:

- Nessuna esenzione
- Codice fiscale alfanumerico e a barre
- Farmaco con codici a barre
- Note CUF biffate
- Inserimento di NA (Navigante Ambulatoriale, cioè visita ambulatoriale) nel campo Tipo ricetta
- Quantità inserita nelle caselle dedicate

Bianchi Mario <small>CODICE E NOME DELL'ASSISTITO (O AZIENDA PRESCRITTO DALLA LEGGE)</small>						<input checked="" type="checkbox"/>		
v. Adige 4 <small>INDIRIZZO (O INDELLAZIONE) DELL'ASSISTITO</small>								
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE		B N C M R O 5 3 H 1 0 H 7 4 2 R <small>CODICE FISCALE</small>						
<input checked="" type="checkbox"/> NON ESENTE	<input type="checkbox"/> CODICE ESENZIONE	<input checked="" type="checkbox"/> REDDITO	<small>(Vedi verbale sul rete)</small> <input type="checkbox"/> FIRMA AUTOCERTIFICANTE	<input type="checkbox"/> SIGLA PROVINCIA	<input type="checkbox"/> CODICE ASL	<input type="checkbox"/>		
PRESCRIZIONE	 Diclofenac 75 mg 5 f IM			<small>(Barra se non utilizzata)</small> <input checked="" type="checkbox"/> NOTA CUF		<input checked="" type="checkbox"/> SUGG.	<input checked="" type="checkbox"/> RICCV.	<input type="checkbox"/> ALTRO
				<input checked="" type="checkbox"/> NOTA CUF		<input checked="" type="checkbox"/> P.	<input checked="" type="checkbox"/> B.	<input checked="" type="checkbox"/> D.
	0 0 1 <small>NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI</small>			NA <small>TIPO RICETTA</small>		0 1 1 1 0 4 <small>DATA</small>		
				Dr. Piero Verdi Medicina Generale <small>TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO</small>				
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE		<input type="checkbox"/> NUMERO	
<input type="checkbox"/> CODICE			<input type="checkbox"/> NUMERO		<input type="checkbox"/> CODICE			





Ricetta stampata con sw gestionale di Medico Generale per ottenere il rimborso della prestazione effettuata ad un soggetto assistito dal SASN (Naviganti) con:

- Nessuna esenzione
- Codice fiscale alfanumerico e a barre
- Descrizione della prestazione (visita ambulatoriale)
- Inserimento della diagnosi nello spazio previsto
- Inserimento di NA (Navigante Ambulatoriale, cioè visita ambulatoriale) nel campo Tipo ricetta
- Quantità inserita nelle caselle dedicate

Bianchi Mario <small>COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O VAIANOME PREScritTO DA UN ALTRA LEGGE)</small>						<input checked="" type="checkbox"/>
v. Adige 4 <small>INDIRIZZO (O AL PREZIO DI UNA LEGGE)</small>						
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE		B N C M R O 5 3 H 1 0 H 7 4 2 R <small>CODICE FISCALE</small>				
<input type="checkbox"/> N <small>NON ESENTE</small>	<input type="checkbox"/> R <small>RED.DITO</small>	<small>(Vedi avvertenze sul retro)</small> <input type="checkbox"/> P <small>PRIMA AUTOCERTIFICANTE</small>		<input type="checkbox"/> S <small>SIGLA PROVINCIA</small>		<input type="checkbox"/> A <small>CODICE ASL</small>
PRESCRIZIONE	Visita ambulatoriale			<small>(Barre se non utilizzate)</small> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> A <small>SUOG. RICOV. ALTRO</small>		
	<input type="checkbox"/> NO SA CLP			<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P <small>PRIORITY DELLA PRESTAZIONE</small>		
	Osteoartrosi			Dr. Piero Verdi Medicina Generale <small>RIMBORSO E FIRMA DEL MEDICO</small>		
	<input type="checkbox"/> 0 0 1 <small>NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI</small>	<input type="checkbox"/> NA <small>TIPO RICETTA</small>	<input type="checkbox"/> 0 1 1 1 0 4 <small>DATA</small>		<input type="checkbox"/> DATA SPEDIZIONE / NUMERO STRUTTURA EROGANTE	
<input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO	<input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO	<input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO	<input type="checkbox"/> NUMERO PROGRESSIVO			
<input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO	<input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO	<input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO	<input type="checkbox"/> IMPORTI			
<input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO	<input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO	<input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO	<input type="checkbox"/> TICKET			
<input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO	<input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO	<input type="checkbox"/> CODICE <input type="checkbox"/> NUMERO	<input type="checkbox"/> GALN <input type="checkbox"/> DIR. CHIAM <input type="checkbox"/> ALTRO			

Ricetta stampata con sw gestionale di Medico Generale per Turista europeo dotato di mod. E111 con:

- Nessuna esenzione (i campi non si applicano in questi casi)
- Nessun codice fiscale alfanumerico
- Farmaco con codici a barre
- Note CUF biffate
- Inserimento nel campo Tipo ricetta della sigla EU
- Quantità inserita nelle caselle dedicate

Lacroix Antoine <small>COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O AZIENDA) PREScritTO DALLA LEGGE</small>						<input checked="" type="checkbox"/>	
Rue de la ville 5 <small>INDIRIZZO (O NE PREScritTO DALLA LEGGE)</small>		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <small>CODICE FISCALE</small>					
 SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>					
<input checked="" type="checkbox"/> <small>NON ESENTE</small>		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <small>CODICE ESERIZIONE</small>		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <small>REDDITO</small>		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <small>FIRMA AUTOCERTIFICANTE</small>	
		<small>(Vedi a verbale non sul retro)</small>		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <small>SIGLA PROVINCIA</small>		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <small>CODICE ASL</small>	
PRESCRIZIONE			Bentelan 4 mg 2 ml 3 fIM EV				
			<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <small>NOTA CUF</small>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input checked="" type="checkbox"/> <small>SUGG.</small> <input checked="" type="checkbox"/> <small>RICOV.</small> <input type="checkbox"/> <small>ALTRO</small> </div>		
			<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <small>NOTA CUF</small>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input checked="" type="checkbox"/> <small>U</small> <input checked="" type="checkbox"/> <small>B</small> <input checked="" type="checkbox"/> <small>D</small> <input checked="" type="checkbox"/> <small>P</small> </div> <small>PRIORITA DELLA PRESTAZIONE</small>		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">0 0 1</div> <small>NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI</small>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">E U</div> <small>TIPO RICETTA</small>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">0 1 1 1 0 4</div> <small>DATA</small>		
							Dr. Piero Verdi Medicina Generale <small>NUMERO E FIRMA DEL MEDICO</small>
						<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <small>DATA SPEDIZIONE / TIPO STRUTTURA EROGANTE</small>	
						<small>NUMERO PROGRESSIVO</small> <small>IMPORTI</small>	
						<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <small>TICKET</small>	
						<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <small>GALN DR. CHAM ALTRO</small>	

Retro della ricetta precedente compilata a mano e rilasciata dal Medico Generale al turista europeo dotato di mod. E111. Sono da inserire:

- Codice istituzione competente
- Sigla stato estero
- Numero identificazione personale
- Numero identificazione tessera
- Firma autografa del turista

AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI E PER I PRESIDI CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE																																																																																																																																																																																				
<ul style="list-style-type: none"> - Il presente modulo può essere utilizzato esclusivamente per prescrizioni a carico del SSN e per proposte di ricovero nelle strutture pubbliche ed equiparate (art. 41 e 43 legge 833/78) nonché nelle Case di cura private accreditate. - Qualunque falsificazione o alterazione del presente modulo è punibile ai sensi degli articoli 460, 461 e 464 del CPP. - Il rilascio di false dichiarazioni è punito ai sensi dell'articolo 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445. - Le prescrizioni specialistiche e diagnostiche sono valide su tutto il territorio nazionale. 																																																																																																																																																																																				
SOGGETTI ASSICURATI DA ISTITUZIONI ESTERE / FOREIGN SUBJECTS COVERED BY HEALTH INSURANCE																																																																																																																																																																																				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">-</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">P</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">-</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">E</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">-</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">L</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">-</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">R</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">E</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">G</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">I</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">O</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">N</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">-</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">V</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">L</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">L</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">O</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">N</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">I</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">E</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30px;">B</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30px;">E</td> </tr> <tr> <td colspan="28" style="text-align: center; font-size: small;"> CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE / IDENTIFICATION NUMBER OF THE INSTITUTION </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="28" style="text-align: center; font-size: small;"> NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE / PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">9</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30px;"> </td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="28" style="text-align: center; font-size: small;"> NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA / IDENTIFICATION NUMBER OF THE CARD </td> </tr> </table>		5	0	6	M	-	P	-	D	E	-	L	A	-	R	E	G	I	O	N	-	V	A	L	L	O	N	I	E	B	E	CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE / IDENTIFICATION NUMBER OF THE INSTITUTION																												2	0	0	6	1	1	0	1	6	0	0																						NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE / PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER																												0	0	0	0	3	2	1	7	6	8	9																							NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA / IDENTIFICATION NUMBER OF THE CARD																											
5	0	6	M	-	P	-	D	E	-	L	A	-	R	E	G	I	O	N	-	V	A	L	L	O	N	I	E	B	E																																																																																																																																																							
CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE / IDENTIFICATION NUMBER OF THE INSTITUTION																																																																																																																																																																																				
2	0	0	6	1	1	0	1	6	0	0																																																																																																																																																																										
NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE / PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER																																																																																																																																																																																				
0	0	0	0	3	2	1	7	6	8	9																																																																																																																																																																										
NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA / IDENTIFICATION NUMBER OF THE CARD																																																																																																																																																																																				
<p style="text-align: center; font-size: small;"> FIRMA DEL MEDICO </p> <p style="text-align: center; font-size: small;"> FIRMA DELL'ASSISTITO </p>	<p style="text-align: center;">AUTORIZZAZIONI/ANNOTAZIONI DEL FARMACISTA</p> <p style="text-align: center; font-size: small;"> FIRMA DEL FARMACISTA </p>																																																																																																																																																																																			
ASSISTENZA FARMACEUTICA – AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI																																																																																																																																																																																				
<ol style="list-style-type: none"> 1) La ricetta è spedibile soltanto presso le farmacie ubicate nel territorio della Regione e in quelle extraregionali di confine accreditate. 2) La ricetta, ai fini della spedizione, ha la validità di 30 giorni, escluso quello di emissione. 3) Per la spedizione delle ricette durante il servizio notturno a battenti chiusi, il diritto addizionale previsto dalla tariffa nazionale è a carico dell'assistito, salvo casi di urgenza indicati dal medico prescrittore ovvero per prescrizioni effettuate dal servizio di guardia medica. 4) E' vietata qualsiasi anticipazione di prodotti farmaceutici agli utenti. <p style="font-size: small;">L'attestazione del diritto all'esenzione è certificata esclusivamente dal medico prescrittore (legge 638/83)</p>																																																																																																																																																																																				








Retro della ricetta precedente (compilata a mano) fatta da Medico Generale per chiedere il rimborso della prestazione effettuata a turista europeo dotato di mod. E111. Sono da inserire:

- Codice istituzione competente
- Sigla stato estero
- Numero identificazione personale
- Numero identificazione tessera
- Firma autografa del turista

AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI E PER I PRESIDI CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE		
<ul style="list-style-type: none"> - Il presente modulo può essere utilizzato esclusivamente per prescrizioni a carico del SSN e per proposte di ricovero nelle strutture pubbliche ed equiparate (art. 41 e 43 legge 833/78) nonché nelle Case di cura private accreditate. - Qualunque falsificazione o alterazione del presente modulo è punibile ai sensi degli articoli 460, 461 e 464 del CPP. - Il rilascio di false dichiarazioni è punito ai sensi dell'articolo 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445. - Le prescrizioni specialistiche e diagnostiche sono valide su tutto il territorio nazionale. 		
SOGGETTI ASSICURATI DA ISTITUZIONI ESTERE / FOREIGN SUBJECTS COVERED BY HEALTH INSURANCE		
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">5 0 6 M - P - D E - L A - R E G I O N - V A L L O N I E</div>		<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">B E</div>
CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE / IDENTIFICATION NUMBER OF THE INSTITUTION		STATO ESTERO / COUNTRY
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">2 0 0 6 1 1 0 1 6 0 0</div>		
NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE / PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER		
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">0 0 0 0 3 2 1 7 6 8 9</div>		
NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA / IDENTIFICATION NUMBER OF THE CARD		
		 FIRMA DELL'ASSISTITO / SIGNATURE
		AUTORIZZAZIONI/ANNOTAZIONI DEL FARMACISTA
..... FIRMA DEL MEDICO FIRMA DELL'ASSISTITO FIRMA DEL FARMACISTA
ASSISTENZA FARMACEUTICA – AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI		
<ol style="list-style-type: none"> 1) La ricetta è spedibile soltanto presso le farmacie ubicate nel territorio della Regione e in quelle extraregionali di confine accreditate. 2) La ricetta, ai fini della spedizione, ha la validità di 30 giorni, escluso quello di emissione. 3) Per la spedizione delle ricette durante il servizio notturno a battenti chiusi, il diritto aggiuntivo previsto dalla tariffa nazionale è a carico dell'assistito, salvo casi di urgenza indicati dal medico prescrittore ovvero per prescrizioni effettuate dal servizio di guardia medica. 4) E' vietata qualsiasi anticipazione di prodotti farmaceutici agli utenti. <p><i>L'attestazione del diritto all'esenzione è certificata esclusivamente dal medico prescrittore (legge 638/83)</i></p>		

Ricetta stampata con sw gestionale da Medico Generale con:

- Esenzione gravidanza (XXX settimana)
- Codice fiscale alfanumerico e a barre
- Prestazione con codici a barre nello spazio fustelle
- Quantità inserita nelle caselle dedicate

Bianchi Maria <small>COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (QUANTITÀ PRESCRITTO DALLA LEGGE)</small>							
v. Adige 4 <small>INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)</small>							
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE		B N C M R A 5 3 H 5 0 H 7 4 2 R <small>CODICE FISCALE</small>					
<input checked="" type="checkbox"/> N <small>NON ESENTE</small>	G 3 0 <small>CODICE ESERZIONE</small>	<input checked="" type="checkbox"/> R <small>REDDITO</small>	<small>(Medici e veterinari sul ritiro)</small> <small>PIVA AUTOCERTIFICANTE</small>		SIGLA PROVINCIA	CODICE ASL	
PRESCRIZIONE	Esame urine				<small>(Bianchi se non utilizzati)</small> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> ALTRO <small>SUGG. RICOV.</small>		
				<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P <small>NOTA CUP</small> <small>PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE</small>		
	0 0 1 <small>NUMERO CONFEZIONI/PRESTAZIONI</small>	 <small>TIPO RICETTA</small>		0 1 1 1 0 4 <small>DATA</small>		
							
<small>CODICE NUMERO</small>		<small>CODICE NUMERO</small>		<small>CODICE NUMERO</small>		<small>DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE</small>	
<small>CODICE NUMERO</small>		<small>CODICE NUMERO</small>		<small>CODICE NUMERO</small>		<small>NUMERO PROGRESSIVO</small>	
<small>CODICE NUMERO</small>		<small>CODICE NUMERO</small>		<small>CODICE NUMERO</small>		<small>IMPORTI</small>	
<small>CODICE NUMERO</small>		<small>CODICE NUMERO</small>		<small>CODICE NUMERO</small>		<input type="checkbox"/> TICKET <input type="checkbox"/> GALN <input type="checkbox"/> DR. CHAM <input type="checkbox"/> ALTRO	

