


Prescrizione medica – a cura del Medico Prescrittore

	DETTAGLI SULL'OSSIGENOTERAPIA Da compilare a cura: Medico Destinatario: Paziente (da compilare se richiesto dalla compagnia di trasporto in mancanza di un modulo predisposto dalla compagnia stessa)			
	Dettagli sul paziente			
Nome e cognome Paziente				
Indirizzo domicilio Paziente	Via			
	Città	Provincia	CAP	
Dati contatto Paziente	Tel		Cellulare	
Dati contatto Accompagnatore	Tel		Cellulare	
Numero identificazione tessera sanitaria				
Dettagli prescrizione medica	Flusso (lpm)		Ore/giorno	
Dettagli terapia	Sì	No	Note	
Paziente in ossigenoterapia				
Può viaggiare				
Può viaggiare per via aerea				
Deambulante (meno di 4 ore / giorno)				
Deambulante (più di 4 ore / giorno)				
Necessita di accompagnatore				
Ulteriori note				
Dati del Medico prescrittore		Dati del Paziente		
Firma e timbro del Medico prescrittore			Firma Paziente	
Data			Data	