



KPT, Postfach, CH-3001 Bern
kpt.ch

Conferma di trasferimento KPTwin.doc

Nome _____
Cognome _____
Via _____
NPA/Località _____
Data di nascita _____
N. di polizza _____

Deve essere completato dal medico di famiglia:

Io ho trasferito la/il paziente.

Il/la paziente è stato/a trasferito/a dallo specialista. Ne sono informato e approvo il trasferimento nel senso del trattamento.

Data della consultazione durante la quale è stata decisa la delega _____
Trasferimento a _____
Delega a partire dal _____
Medico d'ospedale sì no
Ospedale _____
Durata del trasferimento _____

Io **non** ho trasferito la/il paziente.

Non è la mia/il mio paziente.

Osservazioni

Luogo/Data _____

Timbro/Firma del medico _____

Per favore spedisca il presente modulo completato e firmato a:

KPT, Casella postale, 3001 Berna, o fax +41 (0)58 310 86 35. Grazie.

