

Agli Uffici Amministrativi  
del Distretto n° .....  
di .....

Io sottoscritto, Medico di Medicina Generale del/della Sig./sig.ra

cognome e nome utente	n° tessera di iscrizione al SSN
-----------------------	---------------------------------

DICHIARO CHE IL PAZIENTE SOPRACCITATO E' AFFETTO DA:

da malattia ipertensiva     senza danno d'organo     con danno d'organo

- 031.401 ipertensione essenziale
- 031.402 cardiopatia ipertensiva
- 031.403 nefropatia ipertensiva
- 031.404 cardionefropatia ipertensiva
- 031.405 ipertensione secondaria

in terapia con

.....  
.....  
..... data diagnosi di ipertensione arteriosa  
...../...../.....

timbro e firma del Medico di Medicina Generale

data della richiesta ...../...../.....

spazio riservato A.S.L.	
data di rilascio tessera ...../...../.....	eventuali note
firma dell' Operatore .....	