

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 1
Dipartimento dei Servizi Sanitari di Base

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
classificazione	tipo di diabete e livello del controllo metabolico
250. 0 diabete non complicato	0 diabete tipo 2 ben controllato
250. 4 diabete con complicanze renali	1 diabete tipo 1 ben controllato
250 .5 diabete con complicanze oculari	2 diabete tipo 2 non controllato
250. 6 diabete con complicanze neurologiche	3 diabete tipo 1 non controllato
250. 7 diabete con complicanze vascolari	
250. 8 diabete in gravidanza	

in terapia con
.....

data diagnosi di diabete/...../.....

chiedo il rilascio della tessera di esenzione ticket per patologia n° 013.250

propongo la riclassificazione come sopra riportata

per il/la paziente sopracitato/a

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	