

CENTRO DIALISI

di.....

.....

Si certifica che l'assistito _____

nato a _____ il _____ residente a _____

Via _____ N° _____, affetto da Insufficienza Renale

Cronica in trattamento emodialitico, si trova in stato di:

Parziale autosufficienza	NON-autosufficienza
---------------------------------	----------------------------

che impedisce l'uso del mezzo proprio e pertanto necessità di essere trasportato dal domicilio al centro dialisi e viceversa, con il seguente mezzo:

Autovettura	Ambulanza
--------------------	------------------

nei seguenti giorni:

Giorni pari settimanali	Giorni dispari settimanali
--------------------------------	-----------------------------------

nel seguente turno

Anti-meridiano	Post-meridiano	Serale
-----------------------	-----------------------	---------------

Numero stimato di sedute emodialitiche mensili: _____

_____ li _____

Timbro e Firma del Direttore Sanitario
del Centro Dialisi