



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA N. 2 "BASSA FRIULANA - ISONTINA"

MMG/PLS _____
(medico che rilascia la certificazione)

CERTIFICAZIONE PER L'ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER DIAGNOSI DI DIABETE ED IPERTENSIONE (D.M. 28 MAGGIO 1999 N. 329 e DGR 16 FEBBRAIO 2007 N. 288)

Il sottoscritto dr. _____ CRM _____

CERTIFICA

che 1 Signor _____ nat_ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

C.F. _____ risulta affett_ dalla/e seguente/i patologia/e
rientrante/i tra le malattie croniche ed invalidanti elencate dal Decreto del Ministero della Sanità 28
maggio 1999, n. 329 e DGR 16 febbraio 2007 n. 288.

1. |__|__|__| |__|__|__|__|__|
cod. patologia cod. ICD-9-CM

_____ Definizione di Malattia – ICD-9-CM

Permanente Fino al |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|
gg mm anno

2. |__|__|__| |__|__|__|__|__|
cod. patologia cod. ICD-9-CM

_____ Definizione di Malattia – ICD-9-CM

Permanente Fino al |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|
gg mm anno

Data _____

_____ Firma e timbro del Medico

Note per la compilazione
- scrivere in stampatello

AUTORIZZAZIONE N. _____

Cod. patologia	Cod. ICd-9-CM	Definizione di Malattia
012	253.5	Diabete insipido
013	250	Diabete mellito
031		IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO
	401	Ipertensione essenziale
	402	Cardiopatía ipertensiva
	403	Nefropatia ipertensiva
	404	Cardionefropatia ipertensiva
	405	Ipertensione secondaria
031/A		IPERTENSIONE ARTERIOSA SENZA DANNO D'ORGANO