



RICOVERO

DATA	
ORARIO	
Ore	
LUOGO	
Ufficio ricoveri	
PREPARAZIONE	
A DIGIUNO	
DOCUMENTI DA PORTARE	
<ul style="list-style-type: none">• DOCUMENTAZIONE RADIOLOGICA E NON INERENTE ALL'INTERVENTO• MEDICINALI IN USO• DOCUMENTAZIONE RIGUARDANTE EVENTUALI ALTRE PATOLOGIE E/O ALLERGIE• DOCUMENTO DI IDENTITA'• TESSERINO SANITARIO• RICHIESTA DI RICOVERO. DEL MEDICO DI BASE CON SPECIFICATA LA DIAGNOSI : “ Rev. Artroscopia cuffia spalla sx”	

Per eventuali chiarimenti contattare dal Lun. al Ven. dalle ore 8.00 alle 14.00

Fax 0546/671514

Rita Valtancoli Tel 0546/671509 E-mail: rvaltancoli@gvmnet.it

Federica Dal Pane Tel 0546/671570 E-mail: fdalpane@gvmnet.it