

Allegato B

Gestione integrata del diabete di tipo 2

Il sottoscritto/a dr./dr.ssa

Cognome.....Nome.....

Codice Regionale.....

Residente a.....via.....n°.....

convenzionato per la Medicina Generale nel comune di.....

titolare a giugno dell'anno in corso di n°scelte

Comunica

che i pazienti affetti da Diabete Mellito e monitorati secondo il piano della qualità nell'anno in corso sono.....

per una prevalenza del%

Dichiara inoltre di:

avere erogato per l'anno in corso una qualità di assistenza pari a

Obiettivo 1 – la prevalenza _____

Obiettivo 2 – follow- up _____

Obiettivo 3 – “performance” _____

per un totale di _____

come certificato nella tabella allegata

Chiede pertanto

che gli venga riconosciuto l'incentivo individuale normato dall' AIR

data.....

Timbro e Firma

.....