

Richiesta di ricovero in regime RAMI

Sede: ORBV- ACQUAROSSA

Ricovero da prevedere entro:

data odierna entro 2-3 gg entro-7 gg oltre 7 gg data ricovero prevista:

Medico inviante: Medico curante:

Dati paziente:

Cognome: Nome:

Data di nascita: Indirizzo:

Telefono privato: Tel. persona/struttura di riferimento:

Diagnosi:

Motivo del ricovero:

Ultimo ricovero:

Anamnesi remota / esami precedenti:

Seguono per posta/mail

Referti/lettere Terapie attuali

Dopo la degenza si prevede:

rientro a domicilio in autonomia rientro a domicilio con aiuti: già esistenti da attivare

annuncio/iscrizione casa anziani: da fare eseguito

Richiesta inoltrata il :

Firma del medico:



Compilare anche la Prescrizione Medica-Modulo di Annuncio (RAMI) **M-RAMI-002**

La richiesta è da trasmettere assieme alla prescrizione medica al Segretariato medico di ACQ

Tel. +41 (0)91 811 2531

Indirizzo mail: segretariato-medico.ACQ@eoc.ch