

Richiesta di ricovero elettivo in Ospedale

Per Reparto/Servizio: Categoria medica:

Sede: ACQUAROSSA

Ricovero da prevedere entro:

Urgente 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:

Classe assicurativa: Privata Semi privata Comune

Diagnosi:

Motivo del ricovero:

Ultimo ricovero:

Anamnesi remota / esami precedenti:

Esami da prevedere:

Labor ECG RX torace Altro

Seguono per FAX/posta/mail

Referti/lettere Terapie attuali

Dopo la degenza è da prevedere:

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

soggiorno in reparto di Cure Acute Transitorie (CAT) :

trasferimento in altra clinica per trattamenti di:

annuncio/iscrizione casa anziani: da fare eseguito

Richiesta inoltrata il : Firma:

La richiesta è da trasmettere a Segretariato medico ACQ

Tel. +41 (0)91 811 2531 - fax +41 (0)91 811 2517.

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