

## Richiesta di ricovero elettivo in Ospedale

Per Reparto/Servizio: ..... Categoria medica: .....

Sede: .....

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/anamnesi remota: .....

.....  
.....

Motivo del ricovero: .....

.....  
.....

Ultimo ricovero: .....

Esami precedenti: .....

.....  
.....

Esami da prevedere:  Labor     ECG     RX torace     Altro

.....  
.....

Seguono per 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 acuto a minore intensità (RAMI) : .....

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: .....

Unicamente per  
richieste di ricovero in  
Geriatrica a Locarno

