

Richiesta di ricovero elettivo in Medicina interna

Per Reparto/Servizio: Categoria Medica:

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

Motivo del ricovero:

Diagnosi /Anamnesi remota /:

Ultimo ricovero 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 al Segretariato di medicina:

SegretariatoMedicina.ODL@eoc.ch Tel.: +41 (0)91 811 47 26 Fax: +41 (0)91 811 45 33