**Richiesta di ricovero Cure Palliative acute**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATI PAZIENTE** | |
| Cognome: | Nome: |
| Sesso: | Data di nascita: |
| Tel. privato: | N° AVS: |
| Cassa Malati:        Comune  Semiprivata  Privata | |
| Indirizzo:  NPA:  Domicilio: | Motivo del ricovero:  Infortunio  Malattia |
| Data ricovero desiderata: |
| Provenienza: |
| Persona di riferimento:    Tel. riferimento: | Eventuale Rappresentante terapeutico/Curatore:    Telefono Rappresentante terapeutico/Curatore: |
| Grado di dipendenza:  Autonomo  Parzialmente dipendente  Dipendente | |
| Previsione alla dimissione:  Rientro a domicilio  Dimissione improbabile  Iscritto in casa anziani | |
| **Allegare diagnosi, terapia e rapporto medico** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATI DEL RICHIEDENTE** | |
| Ospedale/Clinica: | Reparto: |
| Medico di riferimento: | Tel. medico: |

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e Data: | Firma del medico prescrivente: |

**Questo formulario deve essere interamente compilato e inviato in originale al servizio Ammissioni:**

Via Consiglio Mezzano 38 Tel. +41 91 735 55 55

CH - 6644 Orselina E-mail: [ammissioni.varini@hin.ch](mailto:ammissioni.varini@hin.ch)