**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