**Richiesta di ricovero Cure Palliative acute**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATI PAZIENTE** | |
| Cognome: | Nome: |
| Sesso: | Data di nascita: |
| Via: | Tel. privato: |
| NPA: | Persona di riferimento: |
| Domicilio: | Tel. riferimento: |
| Motivo del ricovero:  Infortunio  Malattia | Cassa Malati:  Comune  Semiprivata  Privata |
| Provenienza: | Data ricovero desiderata: |
| Grado di dipendenza:  Autonomo  Parzialmente dipendente  Dipendente | |
| Previsione alla dimissione:  Rientro a domicilio  Dimissione improbabile  Iscritto in casa anziani | |
| Diagnosi principale: | |
| Diagnosi secondarie: | |
| Terapia attuale: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **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@clinicavarini.ch](mailto:ammissioni@clinicavarini.ch)