**Richiesta di ricovero Soggiorno Temporaneo (Villa Mignon)**

|  |
| --- |
| **DATI PAZIENTE** |
| Cognome:       | Nome:       |
| Sesso:       | Data di nascita:       |
| Tel. privato:       | N° AVS:       |
| Cassa Malati:      Sezione di:       | Medico curante:       |
| Indirizzo:      NPA:      Domicilio:       | Attinenza:       |
| Nato a:       |
| Stato civile:       |
| Persona di riferimento:      Tel. riferimento:       | Eventuale Rappresentante terapeutico/Curatore:     Telefono Rappresentante terapeutico/Curatore:      |
| Data ricovero desiderata:       | Data dimissione prevista:       |
| Religione:       | Garante per pagamento della retta:       |
| Contatto garante:       | Beneficia di: Prestazione complementare [ ]  Sì [ ]  NoAssegno grandi invalidi [ ]  Sì [ ]  No |
| **ALTRE INFORMAZIONI IMPORTANTI** |
|   |
| **DATI DEL RICHIEDENTE** |
| Ospedale/Clinica:       | Reparto:       |
| Medico di riferimento:       | Tel. medico:       |

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

**Inviare formulario originale al servizio Ammissioni, allegando il Certificato medico:**

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

CH - 6644 Orselina E-mail: ammissioni.varini@hin.ch