**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  No  Assegno 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](mailto:ammissioni.varini@hin.ch)