

Richiesta di ricovero elettivo

Per Reparto/Servizio: Categoria medica:

Sede: BELLINZONA

Ricovero da prevedere entro:

Urgente entro-7 gg oltre 7 gg data ricovero prevista:

Medico inviante: Medico curante:

Dati paziente:

Cognome: Nome:

Data di nascita: Indirizzo:

Telefono privato: Tel. persona/struttura di riferimento:

Classe assicurativa: Privata Semi privata Comune

Diagnosi:

Motivo del ricovero:

Ultimo ricovero:

Anamnesi remota / esami precedenti:

Esami da prevedere:

Labor ECG RX torace Altro

Dopo la degenza è da prevedere:

rientro a domicilio in autonomia rientro a domicilio con aiuti: già esistenti da attivare

soggiorno in reparto acuto minore intensità (RAMI).....

soggiorno in reparto di Cure Acute Transitorie (CAT) :

trasferimento in altra clinica per trattamenti di:

annuncio/iscrizione casa anziani: da fare eseguito

Richiesta inoltrata il :

Firma:

La richiesta è da trasmettere a Servizio Gestione letti e convocazione pazienti ORBV
Tel. +41 (0)91 811 8988
Indirizzo mail: gestione.lettiORBV@eoc.ch