

CH-6980 Castelrotto
Tel: +41(0)91 611 37 00
Fax: +41(0)91 611 37 01
E-mail: info@oscam.ch
Internet: www.oscam.ch

**OSPEDALE
MALCANTONESE**
Fondazione Giuseppe Rossi



DOMANDA DI OSPEDALIZZAZIONE

Da inviare via fax alla direzione medica dell'Ospedale Malcantonese.

Carattere del ricovero/ricovero previsto il Urgente - 24h Entro giorni

Cognome :	_____	Nome:	_____
Data di nascita:	_____	Indirizzo:	_____
Telefono:	_____	Località	_____
Ente garante:	_____	Sezione:	_____
Medico curante:	_____	Istituto/medico inviante:	_____

Classe	Motivo del ricovero	Grado di dipendenza
<input type="checkbox"/> Privata	<input type="checkbox"/> Accertamenti e cure	<input type="checkbox"/> Indipendente
<input type="checkbox"/> Semi privata	<input type="checkbox"/> Continuazione cure mediche	<input type="checkbox"/> Parzialmente dipendente
<input type="checkbox"/> Comune	<input type="checkbox"/> Cure riabilitative	<input type="checkbox"/> Paziente su sedia a rotelle
	<input type="checkbox"/> Cure di mantenimento	<input type="checkbox"/> Paziente allettato
	<input type="checkbox"/> Cure palliative	<input type="checkbox"/> Paziente confuso

Diagnosi principale _____

Diagnosi concomitanti _____

Terapia farmacologica _____

Altre terapie _____

Osservazioni _____

Luogo e data _____

Allegati (ev. inviati separatamente):

- Rapporto medico
- Rapporto infermieristico
- Radiografie
-

Timbro con telefono e firma