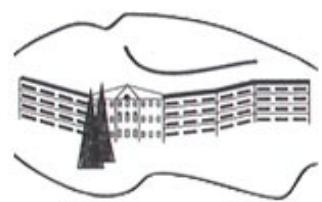


CH-6980 Castelrotto  
Tel: +41(0)91 611 37 00  
Fax: +41(0)91 611 37 01  
E-mail: info@oscam.ch  
Internet: www.oscam.ch

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 : \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_  
Ente garante: \_\_\_\_\_  
Medico curante: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Località \_\_\_\_\_  
Sezione: \_\_\_\_\_  
Istituto/medico inviante: \_\_\_\_\_

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