

Domanda di ospedalizzazione

Da inviare al fax n°091/6113714 o tramite email ad ammissioni.oscam@hin.ch



Ricovero previsto il _____	<input type="checkbox"/> Urgente - 24h	<input type="checkbox"/> Entro _____ giorni
Reparto di destinazione:	<input type="checkbox"/> RAMI	<input type="checkbox"/> Psichiatria

Cognome		Nome:	
Data di nascita		Telefono	
Indirizzo		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

Ospedale
Malcantonese

Nucleo 30
CH-6980 Castelrotto
Tel. +41 91 611 37 00
www.oscam.ch

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

--