

PROPOSTA DI RICOVERO
IN REGIME ORDINARIO

PARTE RISERVATA ALLA CASA DI CURA CLINIC CENTER S.p.A.

Medico Presentatore

COGNOME _____ NOME _____
NATO/A _____ IL ____/____/____ CODICE FISCALE _____
DOMICILIATO/A _____ VIA _____
STATO CIVILE: LIBERO CONIUGATO RICHIESTE PRIMA CLASSE ALBERGHIERA: SI NO
CAREGIVER _____ TELEFONI _____ - _____
(NOMINATIVO E RUOLO PERSONA DA CONTATTARE)

I dati saranno trattati in conformità alla normativa vigente

IN CASO DI CONVOCAZIONE PER IL RICOVERO, E' RACCOMANDATO IL "TRASPORTO PROTETTO" VERSO LA NOSTRA STRUTTURA (per esempio: paziente non deambulante o deambulante con difficoltà, paziente sottoposto di recente a intervento chirurgico, paziente in condizioni cliniche generali "non buone" o "non autonomo", etc.).
Il ricoverando dovrà presentarsi rispettando l'appuntamento stabilito (e comunque non oltre le ore 14:00 dei giorni feriali dal lunedì al venerdì; non oltre le ore 12:00 del sabato); eventuali ritardi dovranno essere comunicati telefonicamente in congruo e compatibile anticipo.

CENNI SULL'ANAMNESI E SULLE ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE
(ALLEGARE ALLA PRESENTE PROPOSTA EVENTUALE SDO IN POSSESSO)

Leggere con attenzione

Laddove le notizie riportate risultassero - in sede di visita per il ricovero - incomplete o discordanti con le condizioni cliniche rilevate (e tali da non consentire trattamento riabilitativo), il Medico di Accettazione potrà **NON ACCETTARE** il ricovero (benché il paziente possa essere già stato convocato presso la Casa di Cura "Clinic Center" - Napoli). L'interessato è tenuto a presentarsi all'appuntamento prefissato per la visita puntualmente, provvisto di valido documento di riconoscimento nonché di impegnativa del Medico di Medicina Generale.

DIAGNOSI PROPOSTA: _____
DATA INIZIO PATOLOGIA: ____/____/____ COLLABORANTE: SI NO
CONDIZIONI GENERALI: BUONE DISCRETE SCADENTI
CONDIZIONI MENTALI: INTEGRE DETERIORATE
STATO DELLA COSCIENZA: VIGILE OBNUBILATO CONFUSO
ALIMENTAZIONE: PER OS ENTERALE PARENTERALE
LESIONI DA PRESSIONE/DECUBITO: NO SI (sede/estensione: _____)
EVENTUALI PATOLOGIE INFETTIVE IN ATTO: NO SI (specificare: _____)
ALTRE PATOLOGIE: _____
TERAPIA IN ATTO: _____
L'INTERESSATO ATTUALMENTE SI TROVA PRESSO: PROPRIO DOMICILIO OSPEDALE ALTRO _____
Già ricoverato in precedenza al Clinic Center: SI NO NON SO
NOTE: _____

Eventuale divieto di carico:
 NO
 SI per settimane _____

DATA ____/____/____

FIRMA/TIMBRO DEL MEDICO CHE COMPILA

PARTE RISERVATA ALLA CASA DI CURA CLINIC CENTER S.p.A.

PARERE: FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE (FIRMA/TIMBRO) _____

Per ulteriori informazioni sulla nostra Casa di cura visita il sito internet www.cliniccenter.it