



CLINIC CENTER S.p.A.
Via Cintia – Parco San Paolo (NAPOLI)
Tel.e fax 081/728.3144

PROPOSTA DI RICOVERO DAY HOSPITAL RIABILITATIVO RESPIRATORIO

Sig./Sig.ra
 (Cognome) (Nome)
 nat..... a(.....) il domiciliat..... a(.....)
 via..... nr..... tel/cell.....
 Attività lavorativa..... stato civile..... documento.....
 N. iscrizione S.S.N.....

CENNI SULL'ANAMNESI E SULLE ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE

1) Diagnosi di natura e sede della malattia che giustifica il ricovero:

2) Data dell'inizio della malattia sopra indicata:.....

3) Condizioni generali: buone discrete scadenti
 5) Condizioni mentali: integre deteriorate

4) Collabora: SI NO

5) CONCOMITANTI CONDIZIONI MORBOSE:
 (compresa la eventuale presenza di malattie contagiose o la condizione di portatore sano):.....
 Limitazioni articolari:.....
 Grado di autonomia :

6) Trofismo cutaneo (indicare se ci sono piaghe da decubito, precisando, in casi affermativo, sede, estensione in cm. e profondità):.....

7) Terapia in atto:.....

8) Precedenti ricoveri:.....
 Informazioni ricevute da :
 Informazioni registrate da:

Osservazioni e proposte:.....
 favorevole
 Parere negativo a visita Motivazione dell'eventuale parere negativo:.....

Priorità del ricovero :
 Napoli, li' ____/____/____

Il Medico di Accettazione
