

UNITA' OPERATIVA DI _____

Direttore Prof. _____

Tel. _____ fax _____ e-mail _____

Si inserisca in lista d'attesa per ricovero

ORDINARIO con pre-ricovero SI NO DAY HOSPITAL DAY SURGERY

(Specificare se diverso da quanto richiesto dal MMG/PLS _____)

Per il/la paziente

(Cognome) _____ (Nome) _____
 (Data di nascita) ____/____/____ (luogo di nascita) _____ (____)
 (Codice Fiscale) _____ (Indirizzo) _____
 (Città) _____ (____) (telefono) _____
 Persona da informare _____ telefono _____

Visitato in data ____/____/____ durante (tipo di accesso):

PRIMA VISITA CONTROLLO CLINICO FUNZIONE SPECIALISTICA ALTRO

Diagnosi o Sospetto Diagnostico _____

COD. Diagnosi ICDIX _____

Tipo di intervento previsto _____

COD. Intervento ICDIX _____

TEMPO MASSIMO ATTESA PER RICOVERO	PRIORITA'	MOTIVAZIONE DELLA PRIORITA' (E FIRMA)
entro 30 giorni	A	
entro 60 giorni	B	
entro 180 giorni	C	
senza attesa massima definita (12 mesi)	D	

(Specificare se diverso da quanto richiesto dal MMG/PLS _____)

Data orientativa per la convocazione ____/____/____

NOME E COGNOME DEL MEDICO

_____ (firma e timbro) _____

DIPARTIMENTO AD ATTIVITA' INTEGRATA DI _____

Direttore Prof. _____

Tel. _____ fax _____ e-mail _____