

PROPOSTA DI RICOVERO

\_\_\_\_\_  
(COGNOME) \_\_\_\_\_ (NOME)

NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DOMICILIATO/A \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ TELEFONI \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

STATO CIVILE:  LIBERO  CONIUGATO CAREGIVER/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.).**

CENNI SULL'ANAMNESI E SULLE ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE

**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: \_\_\_\_\_

Eventuale divieto di carico:  
 NO  
 SI - per settimane \_\_\_\_

L'INTERESSATO ATTUALMENTE SI TROVA PRESSO:  PROPRIO DOMICILIO  OSPEDALE  ALTRO \_\_\_\_\_

Già ricoverato in precedenza al Clinic Center:  SI -  NO  NON SO

NOTE: \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ FIRMA/TIMBRO DEL MEDICO

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

VISTO DIREZIONE SANITARIA: \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PARERE DEL/I MEDICO/I SPECIALISTA/I:

Geriatra:  FAVOREVOLE  NON FAVOREVOLE  
(FIRMA/TIMBRO) \_\_\_\_\_

Cardiologo:  FAVOREVOLE  NON FAVOREVOLE  
(FIRMA/TIMBRO) \_\_\_\_\_

Fisiatra:  FAVOREVOLE  NON FAVOREVOLE  
(FIRMA/TIMBRO) \_\_\_\_\_

Neurologo:  FAVOREVOLE  NON FAVOREVOLE  
(FIRMA/TIMBRO) \_\_\_\_\_

Pneumologo:  FAVOREVOLE  NON FAVOREVOLE  
(FIRMA/TIMBRO) \_\_\_\_\_