

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: _____

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

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

Eventuale divieto di carico:
 NO
 SI - per settimane _____

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:

Cardiologo: FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE (FIRMA/TIMBRO) _____

Fisiatra: FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE (FIRMA/TIMBRO) _____

Geriatra: FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE (FIRMA/TIMBRO) _____

Neurologo: FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE (FIRMA/TIMBRO) _____

Pneumologo: FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE (FIRMA/TIMBRO) _____

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