

PROPOSTA DI RICOVERO (DAY HOSPITAL – NEUROMOTORIO)

(COGNOME) (NOME)

NATO/A _____ IL ___/___/___ DOMICILIATO/A _____

VIA _____ TELEFONI _____ - _____

STATO CIVILE: LIBERO CONIUGATO ATT. LAVORATIVA _____

CENNI SULL'ANAMNESI E SULLE ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE

DIAGNOSI PROPOSTA: _____

DATA INIZIO PATOLOGIA: ___/___/___ COLLABORANTE: NO SI

CONDIZIONI GENERALI: BUONE DISCRETE SCADENTI

CONDIZIONI MENTALI: INTEGRE DETERIORATE

LESIONI DA PRESSIONE/DECUBITO: NO SI (sede/estensione: _____)

ALTRE PATOLOGIE: _____

TERAPIA IN ATTO: _____

IL DEGENTE ATTUALMENTE SI TROVA PRESSO: PROPRIO DOMICILIO DEGENZA ORDINARIO CLINIC CENTER
 OSPEDALE ALTRO _____

PREFERENZA TURNO: MATTINA
(previa verifica della disponibilità) POMERIGGIO

NOTE: _____

DATA ___/___/___ FIRMA/TIMBRO DEL MEDICO

Laddove le notizie sopra riportate risultassero – in sede di visita per il ricovero (DH) – incomplete o discordanti con le condizioni cliniche rilevate (e tali da non consentire trattamento riabilitativo), il Medico di Accettazione (DH) potrà **NON ACCETTARE** il ricovero (benché il paziente possa essere già stato convocato presso la Casa di Cura “Clinic Center” – Napoli).

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

PARERE DEL MEDICO FAVOREVOLE AL RICOVERO NEGATIVO
DI ACCETTAZIONE: Convocare il ___/___/___ (alle ore ___:___) (motivo: _____)

DATA ___/___/___ FIRMA/TIMBRO DEL MEDICO DI ACCETTAZIONE (DH)