

Richiesta di trasferimento in Riabilitazione Neuro-Motoria, Funzionale e/o Respiratoria post-acuzie

Ospedale Richiedente	_____
U.O. Richiedente	_____
Medico Richiedente	_____
Telefono	_____
FAX	_____
Telefono di reperibilità	_____
<b>DATI DEL PAZIENTE</b>	
Cognome	_____
Nome	_____
Data di Nascita	_____
Luogo di Nascita	_____
Nazionalità	_____
Peso in kg	_____
Altezza in cm	_____
	_____
	_____
Motivazione della richiesta di trasferimento	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
Breve anamnesi	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
Sintesi decorso in Ospedale	_____
	_____
	_____
	_____
Interventi o procedure eseguite	_____

Terapia in corso | \_\_\_\_\_  
Allergie segnalate | \_\_\_\_\_  
Eventuali Infezioni  
in corso | \_\_\_\_\_

**Indagini di laboratorio e strumentali rilevanti (N.B. Per ciascun esame indicare la data)**

ECG | \_\_\_\_\_  
| \_\_\_\_\_  
| \_\_\_\_\_

ECO | \_\_\_\_\_  
| \_\_\_\_\_  
| \_\_\_\_\_

TAC | \_\_\_\_\_  
| \_\_\_\_\_  
| \_\_\_\_\_

RMN | \_\_\_\_\_  
| \_\_\_\_\_  
| \_\_\_\_\_

Test di laboratorio | \_\_\_\_\_  
| \_\_\_\_\_

Trasferimento  
concordato con il  
sanitario | \_\_\_\_\_  
della Casa di Cura

"Regina Pacis", Dr.

Il trasferimento si intende approvato dalla Direzione Sanitaria della Casa di Cura "Regina Pacis". Il Paziente sarà accompagnato da un nostro sanitario che esibirà la cartella clinica del Paziente e il consenso firmato dell'autorizzazione al trasferimento presso la vostra Struttura.

**MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO AL TRASFERIMENTO DI PAZIENTE PRESSO LA CASA DI CURA "REGINA PACIS"**

Io sottoscritto  
(Paziente/esercente  
la potestà sul  
minore/ tutore del  
Paziente) | \_\_\_\_\_

dichiaro di essere stato informato in modo chiaro ed a me comprensibile

dal Dott. | \_\_\_\_\_

Che per la  
patologia  
riscontrata e per le  
condizioni  
cliniche correlate è  
opportuno il  
trasferimento | \_\_\_\_\_

presso la Casa di  
Cura "Regina Pacis"  
per effettuare:

di quanto prospettato sono stati spiegati: gli obiettivi, i benefici, gli eventuali rischi ciò premesso  
acconsento al trasferimento proposto

Firma leggibile del  
Degente/  
dell'esercente  
potestà sul minore/  
del tutore

| \_\_\_\_\_

Firma leggibile del  
Medico

| \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_