

Pagamento Diretto Spese di Ricovero

Scheda del Ricovero con Assistenza Diretta

NOME E COGNOME ASSOCIATO:

PATOLOGIA:

PIANO SANITARIO:

DATA DELLA RICHIESTA

CODICE SOCIO:

NUMERO DI CELLULARE:

INFORMAZIONI INDISPENSABILI PER L'APERTURA DELLA PRATICA DI "PAGAMENTO DIRETTO":

Dettaglio Prestazione: (indicare se si richiede: ricovero con pernottamento, day hospital, day surgery, interven-to ambulatoriale)

Data prevista per il Ricovero:

Data Insorgenza della patologia (è la data in cui la patologia è comparsa o in cui il Medico ha richiesto il ricovero/intervento):

Patologia:

Definizione tecnica dell'intervento chirurgico che deve essere svolto:

Nome Struttura (indicare il nome completo della Struttura e l'indirizzo):

Nome Medico (indicare il nominativo del Medico che firmerà la Cartella Clinica):

ALLEGARE:

- A) PER TUTTI I RICOVERI: PRESCRIZIONE MEDICA DELL'INTERVENTO O DEL RICOVERO (CON INDICATA LA PATOLOGIA CHE RENDE NECESSARIA LA PRESTAZIONE, DATA, TIMBRO E FIRMA LEGGIBILI DEL MEDICO)
B) SOLO PER RICOVERI SENZA INTERVENTO CHIRURGICO: ALLEGARE ELENCO COMPLETO DEGLI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI CHE DOVRANNO ESSERE ESEGUITI DURANTE IL RICOVERO

AVANZAMENTO PRATICA: