FONDAZIONE OSPEDALE GIUSEPPE ARAGONA
ISTITUTO GERIATRICO E RIABILITATIVO - ONLUS

Viale Grasselli Barni 47, 26037 San Giovanni in Croce - Cremona
www.ospedalearagona.org - direzionesanitaria@ospedalearagona.org
Tel. 0375/310438 Fax 0375/310053
C.F./P.I. 00296100191

SCHEDA D'ACCESSO
PER RICOVERI "SOLVENTI IN PROPRIO"

Proposta di ricovero per il/la Sig./ra .....sesso M F

data e luogo di nascita .....stato civile .....

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ tessera sanitaria n. .....

Residente a ..... Prov. ☐☐ via .....

Luogo di provenienza ☐ Ospedale.....Reparto.....
☐ Domicilio
☐ Altro Medico di Base Dott. .....

PARTE RISERVATA AL MEDICO PROPONENTE

Diagnosi clinica / terapie praticate: ……
……
……
.....
.....
……
.....
.....
Motivazioni cliniche/ riabilitative/assistenziali per il ricovero.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Condizioni generali: buone mediocri gravi
Deambulazione: autonoma con ausilio assistita carrozzina allettato
Psiche: integra confusione ansia depressione psicosi demenza
Incontinenza vescicale: si no Porta catetere: si no Incontinenza rettale si no
Lesioni da decubito: si no

Data ..... Il Medico (timbro e firma) .....

PARTE RISERVATA AI FAMIGLIARI

Il sottoscritto .....residente a .....(prov.....)
via …….....tel. .....grado parentela ……
è edotto che il ricovero è a termine e si impegna a provvedere al proprio congiunto all'atto della dimissione. Si informa che la domanda di ricovero è soggetta al parere vincolante del Direttore Sanitario della Struttura e che il tipo di ricovero può essere modificato dal Medico di reparto in base alle condizioni reali del degente.

firma .....

Sistema Sanitario Regione Lombardia