



**Informazioni clinico-sanitarie per la predisposizione
del preventivo per ricovero in regime di libera professione**
UO di _____

Le voci precedute da * sono da compilarsi obbligatoriamente o la richiesta verrà restituita all'U.O.

* cognome e nome del paziente: _____

nato a _____ * il _____

indirizzo: _____

* telefono: _____ * e-mail _____

* medico/équipe richiesto¹⁾ _____ * recapito telefonico _____

Ricovero medico Ricovero chirurgico UO _____

* diagnosi principale _____ cod. ICD _____

* diagnosi secondaria _____ cod. ICD _____

* intervento/procedura 1 _____ cod. ICD _____

* intervento/procedura 2 _____ cod. ICD _____

* intervento/procedura 3 _____ cod. ICD _____

Classe di priorità _____ data prevista di ricovero _____ * giorni previsti di degenza _____

note:

Il paziente richiede che il ricovero venga eseguito in regime libero professionale, scegliendo il sottoscritto (o la mia équipe) per il percorso di cura.

data _____ * firma e timbro del medico curante/1° operatore _____

ricevuto il _____ DRG n. (da allegare) _____ firma operatore _____

1) Il presente modulo deve essere compilato dal medico curante o chirurgo 1° operatore di sala richiesto dal paziente per il ricovero in regime di libera professione, o dal Direttore/Responsabile di U.O. qualora fosse richiesta l'équipe.