



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

Le voci precedute da * sono da compilarsi obbligatoriamente e in modo leggibile.

* Cognome e nome del paziente: _____

nato a _____ * il _____

indirizzo: _____

* telefono: _____ * e-mail _____

* medico/équipe richiesto¹⁾ _____ * recapito telefonico _____

Ricovero medico Ricovero chirurgico UO _____

IPOTESI A)	
* diagnosi principale _____	cod. ICD _____
* diagnosi secondaria _____	cod. ICD _____
* intervento/procedura 1 _____	cod. ICD _____
* intervento/procedura 2 _____	cod. ICD _____
* intervento/procedura 3 _____	cod. ICD _____
IPOTESI B)	
* 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 _____

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.