

**PROPOSTA DI RICOVERO  
IN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA**

COGNOME _____	NOME _____
NATO/A _____ IL ____/____/____	CODICE FISCALE _____
DOMICILIATO/A _____	VIA _____
STATO CIVILE: <input type="checkbox"/> LIBERO <input type="checkbox"/> CONIUGATO	RICHIEDE PRIMA CLASSE ALBERGHIERA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CAREGIVER _____ <small>(NOMINATIVO E RUOLO PERSONA DA CONTATTARE)</small>	TELEFONI _____ - _____

*I dati saranno trattati in conformità alla normativa vigente*

**IN CASO DI CONVOCAZIONE PER IL RICOVERO, È RACCOMANDATO IL "TRASPORTO PROTETTO" VERSO LA NOSTRA STRUTTURA** (per esempio: paziente non deambulante o deambulante con difficoltà, paziente sottoposto di recente a intervento chirurgico, paziente in condizioni cliniche generali "non buone" o "non autonomo", etc.).  
**Il ricoverando dovrà presentarsi rispettando l'appuntamento stabilito** (e comunque non oltre le ore 14:00 dei giorni feriali dal lunedì al venerdì; non oltre le ore 12:00 del sabato); eventuali ritardi dovranno essere comunicati telefonicamente in congruo e compatibile anticipo.

**CENNI SULL'ANAMNESI E SULLE ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE  
(ALLEGARE ALLA PRESENTE PROPOSTA EVENTUALE SDO IN POSSESSO)**

**Leggere con attenzione**  
 Laddove le notizie riportate risultassero - in sede di visita per il ricovero - incomplete o discordanti con le condizioni cliniche rilevate (e tali da non consentire trattamento riabilitativo), il Medico di Accettazione potrà **NON ACCETTARE** il ricovero (benché il paziente possa essere già stato convocato presso la Casa di Cura "Clinic Center" - Napoli). L'interessato è tenuto a presentarsi all'appuntamento prefissato per la visita puntuale, provvisto di valido documento di riconoscimento nonché di impegnativa del Medico di Medicina Generale. Clinic Center S.p.A. tratterà i dati personali forniti sulla base delle indicazioni ricevute e limitatamente alle finalità definite nelle "Privacy Policy" rese disponibili sul sito aziendale, [www.cliniccenter.it](http://www.cliniccenter.it), ovvero presso gli sportelli di Accettazione.

<b>DIAGNOSI PROPOSTA:</b>	Specificare se: <input type="checkbox"/> NUOVO EVENTO <input type="checkbox"/> RIACUTIZZAZIONE (di evento precedente) <ul style="list-style-type: none"> <li>• In caso di "BPCO" specificare il grado: <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Moderata <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/> Molto Severa</li> <li>• In caso di "Insufficienza Respiratoria" specificare: <input type="checkbox"/> Acuta su Cronica <input type="checkbox"/> Cronica</li> <li>• In caso di "Frattura di Femore" specificare la necessità di tutela medico infermieristica h24: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</li> </ul>		
<b>DATA EVENTO ACUTO:</b> ____/____/____	<b>COLLABORANTE:</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>CONDIZIONI GENERALI:</b>	<input type="checkbox"/> BUONE	<input type="checkbox"/> DISCRETE	<input type="checkbox"/> SCADENTI
<b>CONDIZIONI MENTALI:</b>	<input type="checkbox"/> INTEGRE	<input type="checkbox"/> DETERIORATE	Note: _____
<b>STATO DELLA COSCIENZA:</b>	<input type="checkbox"/> VIGILE	<input type="checkbox"/> OBNUBILATO	<input type="checkbox"/> CONFUSO
<b>ALIMENTAZIONE:</b>	<input type="checkbox"/> PER OS	<input type="checkbox"/> ENTERALE	<input type="checkbox"/> PARENTERALE
<b>LESIONI DA PRESSIONE/DECUBITO:</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (sede/estensione: _____)	
<b>EVENTUALI PATOLOGIE INFETTIVE IN ATTO:</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (specificare: _____)	
<b>ALTRE PATOLOGIE:</b>	Eventuale divieto di carico: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI per settimane _____		
<b>TERAPIA IN ATTO:</b>	_____		
<b>L'INTERESSATO ATTUALMENTE SI TROVA PRESSO:</b>	<input type="checkbox"/> OSPEDALE <input type="checkbox"/> PROPRIO DOMICILIO	<input type="checkbox"/> ALTRO _____	
<b>NOTE:</b>	Già ricoverato in precedenza al Clinic Center: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO _____ <input type="checkbox"/> ALLEGATA ULTERIORE RELAZIONE CLINICA		

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA/TIMBRO DEL MEDICO CHE COMPILA

**PARTE RISERVATA ALLA CASA DI CURA CLINIC CENTER S.p.A. - da allegare alla Cartella Clinica**

**PARERE:**  FAVOREVOLE  NON FAVOREVOLE (FIRMA/TIMBRO) \_\_\_\_\_

Medico Presentatore: \_\_\_\_\_

Per ulteriori informazioni sulla nostra Casa di cura visita il sito internet [www.cliniccenter.it](http://www.cliniccenter.it)