## PROPOSTA DI RICOVERO (DAY HOSPITAL – NEUROMOTORIO)

_____ _____
**(COGNOME)** **(NOME)**

**NATO/A** _____ **IL** ___/___/_____ **DOMICILIATO/A** _____

**VIA** _____ **TELEFONI** _____ - _____

**STATO CIVILE**: LIBERO CONIUGATO **ATT. LAVORATIVA** _____

I dati saranno trattati in conformità alla normativa vigente.

---

### CENNI SULL'ANAMNESI E SULLE ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE

**DIAGNOSI PROPOSTA:** _____

**DATA INIZIO PATOLOGIA:** ____/____/_____ **COLLABORANTE**: NO SI

**CONDIZIONI GENERALI:** BUONE DISCRETE SCADENTI

**CONDIZIONI MENTALI:** INTEGRE DETERIORATE **DEAMBULANTE:** NO SI

**LESIONI DA PRESSIONE/DECUBITO:** NO SI (*sede/estensione*:_____)

**ALTRE PATOLOGIE:** _____
_____

**TERAPIA IN ATTO:** _____
_____
_____

**IL DEGENTE ATTUALMENTE SI TROVA PRESSO:** PROPRIO DOMICILIO DEGENZA ORDINARIA CLINIC CENTER
OSPEDALE ALTRO _____

**RICOVERATO IN PRECEDENZA AL CLINIC CENTER**: SI
RICOVERO ORDINARIO dal ___/___/___ al __/__/___
RICOVERO DIURNO (day hospital) dal ___/___/___ al __/__/___
NO

**NOTE:** _____
_____

**DATA** ____/____/_____ _____
**FIRMA/TIMBRO DEL MEDICO**

**Laddove le notizie sopra riportate risultassero – in sede di visita per il ricovero (DH) – incomplete o discordanti con le condizioni cliniche rilevate (e tali da non consentire trattamento riabilitativo), il Medico di Accettazione (DH) potrà <u>NON ACCETTARE</u> il ricovero (benché il paziente possa essere <u>già stato convocato</u> presso la Casa di Cura "Clinic Center" – Napoli).**

---

### PARTE RISERVATA ALLA CASA DI CURA CLINIC CENTER S.p.A.

**VISTO DIREZIONE SANITARIA:** _____ **DATA** ____/____/_____

**PARERE DEL MEDICO DI ACCETTAZIONE DH:** FAVOREVOLE AL RICOVERO Convocare il ___/___/___ (alle ore ___:___) NEGATIVO (*motivo*: _____)

**DATA** ____/____/_____ **FIRMA/TIMBRO DEL MEDICO DI ACCETTAZIONE (DH)**

_____