

PROPOSTA/RICHIESTA DI RICOVERO PER RECUPERO  
E RIABILITAZIONE FUNZIONALE  
CODICE 56 - DEGENZA ORDINARIA

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

Medico Presentatore

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
DOMICILIATO/A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_  
STATO CIVILE:  LIBERO  CONIUGATO RICHIEDE PRIMA CLASSE ALBERGHIERA:  SI  NO  
CAREGIVER \_\_\_\_\_ TELEFONI \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(NOMINATIVO E RUOLO PERSONA DA CONTATTARE)

I dati saranno trattati in conformità alla normativa vigente

**IN CASO DI CONVOCAZIONE PER IL RICOVERO, E' 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)

DIAGNOSI CHE GIUSTIFICA IL RICOVERO (COD. 56): \_\_\_\_\_  
DATA EVENTO INDICE: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ COLLABORANTE:  SI  NO  
CONDIZIONI GENERALI:  BUONE  DISCRETE  SCADENTI  
CONDIZIONI MENTALI:  INTEGRE  DETERIORATE  
STATO DELLA COSCIENZA:  VIGILE  OBNUBILATO  CONFUSO  
ALIMENTAZIONE:  PER OS  ENTERALE  PARENTERALE  
LESIONI DA PRESSIONE/DECUBITO:  NO  SI (sede/estensione: \_\_\_\_\_)  
EVENTUALI PATOLOGIE INFETTIVE IN ATTO:  NO  SI (specificare: \_\_\_\_\_)  
ALTRE PATOLOGIE (COMORBIDITA'): \_\_\_\_\_  
TERAPIA IN ATTO: \_\_\_\_\_  
L'INTERESSATO ATTUALMENTE SI TROVA PRESSO:  PROPRIO DOMICILIO  ALTRO \_\_\_\_\_  
 OSPEDALE

Eventuale divieto di carico:  
 NO  
 SI per settimane \_\_\_\_\_

Già ricoverato in precedenza al Clinic Center:  SI  NO  NON SO

NOTE: \_\_\_\_\_

Si attesta che l'interessato ha autorizzato al trattamento dei dati personali nel rispetto di quanto disciplinato dal Regolamento Europeo 2019/279

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

FIRMA/TIMBRO DEL MEDICO CHE COMPILA

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

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

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

**Leggere con attenzione**

Laddove le notizie riportate risultassero 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