

**RICHIESTA DI TRASPORTO IN AMBULANZA PER RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALI  
CON COSTO A TOTALE CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE (SSR)**

**Certificazione del Medico di Medicina Generale**

**Si richiede il trasporto in ambulanza presso l'Ospedale/Distretto dell'Azienda ULSS 9 Scaligera:**

Sede di \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_ il Giorno | | | | | | | | | |

alle ore \_\_\_\_\_

**PER:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_

il | | | | | | | | | | Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_ Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tel. \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Altezza \_\_\_\_\_ Presenza di Ascensore  Scale

Si dichiara che il paziente è:  allettato  non deambulante e non trasportabile con altro mezzo

**Motivo del trasporto:**

- ricovero programmato** (ordinario, day surgery, day hospital) ad un ospedale all'Azienda ULSS di residenza dell'assistito;
- prestazione in regime ambulatoriale**, specificare:
- a) tipo di accertamento, esame o visita \_\_\_\_\_
- b) tipologia di paziente:
- pazienti che necessitano di prestazioni nei 30 giorni successivi al ricovero ospedaliero;
- pazienti affetti da neoplasia per l'esecuzione di un ciclo chemio o radio-terapico;
- pazienti degenti in RSA/CSR/Ospedali di Comunità accreditate su posto letto autorizzato, solo per l'effettuazione di prestazioni che non richiedono particolari dotazioni strumentali ed essendo lo specialista ospedaliero impossibilitato ad eseguire la prestazione in loco;
- pazienti degenti in RSA/Ospedali di Comunità gestite direttamente dall'Azienda ULSS;
- pazienti degenti presso Hospice, strutture per stati vegetativi permanenti o mielolesioni.

Data | | | | | | | | | |

\_\_\_\_\_ **Timbro e firma del medico curante**

**Condizioni del servizio**

La presente richiesta deve essere inoltrata **almeno 2 giorni lavorativi** prima della data del trasporto al n° di fax o all'indirizzo email di seguito elencati:

**DISTRETTO 1 - VERONA CITTA'**

Fax 045/8124700 email [cutrasporti@croceverdeverona.org](mailto:cutrasporti@croceverdeverona.org)

**DISTRETTO 2 - EST VERONESE**

Fax 045/8124700 email [cutrasporti@croceverdeverona.org](mailto:cutrasporti@croceverdeverona.org)

**DISTRETTO 3 - PIANURA VERONESE**

Fax 044/2624176 email [caterina.calonego@aulss9.veneto.it](mailto:caterina.calonego@aulss9.veneto.it)

**DISTRETTO 4 - OVEST VERONESE**

Fax 045/6338238 email [dao.trasporti@aulss9.veneto.it](mailto:dao.trasporti@aulss9.veneto.it)

Non saranno accettate domande incomplete, illeggibili o fuori termine.