REGIONE DEL VENETO
ULSS9 SCALIGERA

Azienda ULSS 9 - Scaligera

Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona
cod.fisc. e P. IVA 02573090236

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:

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 diverso da quello di competenza territoriale solo se l'Azienda ULSS 9 Scaligera non è in grado di garantire la prestazione richiesta;

☐ **prestazione in regime ambulatoriale**, specificare:

a) tipo di accertamento, esame o visita _____

b) tipologia di paziente:

☐ pazienti in ADI;

☐ pazienti con particolari condizioni di disagio socio-economico (allegare certificazione dei servizi sociali).

Timbro e firma del medico curante

Si autorizza

Data |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

_____

Timbro e firma del medico del distretto

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:

Fax 045/8124700 *email* ***cutrasporti@croceverdeverona.org***

Non saranno accettate domande incomplete, illeggibili o fuori termine.