

Si richiede ricovero (inviare FAX al 0546-74430 o mail ufficio.ricoveri@villaazzurra.com):

<input type="checkbox"/> RTI (programmato)	<input type="checkbox"/> RTIS (programmato -Doppia Diagnosi)	<input type="checkbox"/> FUORI REGIONE	reparto protetto: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> SPOI			

Per il Sig./Sig.ra (cognome e nome).....

Nato/a il.....a.....residente in.....

Tel. Codice fiscale.....

Il paziente è in carico al DSM no si-specificare se al: CSM Sert-UODP

Medico che effettua la prenotazione Dott.....tel.....

Medico referente del caso.....

Infermiere referente territoriale.....tel.....

Assistente sociale.....tel.....

MMG Dott.....

Diagnosi d'invio (classificazione ICD9).....

Terapia in corso.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data della prenotazione

Timbro e firma del Medico che effettua la prenotazione