

## **RICHIESTA DI RICOVERO PRESSO LA CLINICA VARINI**

### **Dati del paziente:**

**Cognome e nome:**

**Indirizzo:**

**Tel. privato:**

**Persona di riferim.:**

**Cassa malati / Assicurazione:**

**Ricovero necessario dal**

**Data di nascita:**

**Cap / Località:**

**Tel.:**

comune semipriv. privato

**Motivo del trasferimento presso la Clinica Varini:**

**Diagnosi principale:**

**Diagnosi secondaria:**

**Terapia attuale:**

**Reparto di cura richiesto:**

medicina geriatrica

medicina psicosomatica

medicina palliativa

medicina interna

**Grado di dipendenza:**

autosufficiente

parzialm. dipendente

dipendente

**Previsione alla dimissione:**

rientro a casa sicuro

improbabile

iscritto in casa anziani

### **Dati del richiedente:**

Ospedale / Clinica:

Reparto:

Medico assistente di riferimento:

No. di tel.:

Data della richiesta

Firma



**Questo formulario deve essere interamente compilato e inviato alla responsabile delle ammissioni:**

**Maria Facchin**

e-mail: maria.facchin@clinicavarini.ch

Via Consiglio Mezzano 38

Tel. +41 91 735 56 22

CH – 6644 Orselina

Fax +41 91 735 55 56