

ALLEGATO b)

AUTORIZZAZIONE TRASFERIMENTO PAZIENTI ASLVC
 Da compilare a cura dell'Ospedale dimettente.

P.O.: _____

PROPOSTA DI RICOVERO

REPARTO DIMETTENTE _____

ETICHETTA

Anagrafica

Cognome	Data di nascita
Nome	Luogo

PROPOSTA DI RICOVERO PRESSO

Unità Funzionale di riabilitazione 1° livello (DGR n. 50-3104 del 28/05/2001-DGR n. 10-5605 del 02/04/2007)

Unità Funzionale di riabilitazione 2° livello (DGR n. 50-3104 del 28/05/2001-DGR n. 10-5605 del 02/04/2007)

Unità Funzionale di riabilitazione 3° livello(DGR n. 50-3104 del 28/05/2001-DGR n. 10-5605 del 02/04/2007)

DATA/...../.....

Medico di Reparto Dimettente
(Firma e timbro)

Direttore sanitario Ospedale dimettente
(visto si autorizza)

DA COMPILARE A CURA DEL DISTRETTO su cui insiste la struttura (ove richiesto)

prima del trasferimento del paziente

- Si autorizza * la richiesta di ricovero**
- Non si autorizza la richiesta di ricovero**
- Si autorizza * la richiesta di ricovero con le seguenti note:** _____

DATA/...../.....

Il Direttore medico del Distretto

* NB L'autorizzazione da parte del Distretto non esclude eventuali valutazioni negative formulate a posteriori da parte del NCRE