

Spett.le
Casa di Cura Villa Maria S.p.A.
Viale Matteotti, n. 24
47921 RIMINI

RICHIESTA DI PRENOTAZIONE RICOVERI E INTERVENTI CHIRURGICI

Il dott. richiede la prenotazione e il ricovero per l'intervento chirurgico del
 sig. Nato a..... Prov il/...../.....
 Telefono..... Telefono.....
 Residente a Via..... n° Prov.....

Classe di priorità per il ricovero			
A (30gg)	B (60gg)	C (180gg)	D (360gg)

Diagnosi

Intervento chirurgico proposto

Lato **SX** **DX** **Codici SIGLA**

Data presunta intervento..... **Durata presunta dell'intervento**

Strumentari – Impiantabili - Presidi Sanitari

Allergie – Patologie - Terapie farmacologiche

Eeguire accertamenti aggiuntivi e/o radiologici

CHIRURGIA DI REVISIONE

- Nel caso di posizionamento della protesi entro 5 anni, la richiesta di intervento è motivata da un malfunzionamento?	Si	No
- La richiesta di intervento è motivata da un ritardo nella guarigione della ferita chirurgica?	Si	No
- Dagli esami iconografici (RMN, RX, Scintigrafia) emergono dei sospetti e/o evidenze di infezioni?	Si	No

Modalità di ricovero: Degenza ordinaria ☐ Ambulatoriale ☐ Day Surgery ☐ Pagante ☐

Il paziente autorizza al trattamento dei propri dati personali. Dichiaro di non aver omesso nulla sul proprio stato di salute e di aver quindi riferito tutte le patologie pregresse, in atto, unitamente alle terapie.

Firma

Di aver ricevuto in data odierna le informazioni relative all'intervento che il Medico richiedente propone.

Firma

Data

Firma del Medico richiedente.....