

## **RICHIESTA DI RICOVERO PER LE CURE PALLIATIVE** **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:**

Infortunio malattia

**Diagnosi principale:**

**Diagnosi secondaria:**

**Terapia attuale:**

**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 al servizio ammissioni della Clinica:**

Via Consiglio Mezzano 38

Tel. +41 91 735 55 55

CH – 6644 Orselina

Fax +41 91 735 55 56

Email: ammissioni@clinicavarini.ch