

Modulo per la richiesta di soggiorno CAT

Richiesta da inviare a: notifiche.cat@charitas.ch

Richiesta soggiorno

Ricovero dal		Degenza prescritta per 14 giorni
Provenienza		Destinazione
	Nome clinica/ospedale	Rientro a domicilio

Dati personali del paziente

Cognome		Data di nascita	
Nome		N° AVS (756....)	
Indirizzo		Stato civile	
CAP e luogo		N° telefono	
Domicilio		N° cellulare	
Nazionalità		E-mail	
Tipo di permesso		Lingua	
Attualmente vive con	☐ Solo/a ☐ Coniuge/convivente ☐ Figli ☐ Altro, specificare		
Cassa malati		N° assicurato	
N° tessera (8075...)		Scadenza tessera	

Medico curante

Cognome e nome	
----------------	--

Medico ospedaliero

Cognome e nome	
----------------	--

Persona di contatto

Relazione		
Cognome		Nome
Indirizzo		CAP e luogo
N° telefono/cellulare		E-mail

Informazioni generali

Di regola sono ammessi nel reparto CAT pazienti in età AVS.
 La durata del soggiorno è in funzione della prescrizione medica, ma al massimo di 14 giorni.
 Una volta confermata l'ammissione da parte della struttura, il medico ospedaliero s'impegna a far pervenire copia digitale del formulario "Modulo d'annuncio per cure acute e transitorie (CAT)" inviato alla cassa malati del paziente.

La retta a carico del paziente ammonta a CHF 50.-/giorno secondo le disposizioni cantonali in vigore. Si invita il paziente a leggere con attenzione il contratto d'ammissione consegnato al momento del ricovero.

Al presente modulo è da allegare

- ☐ Ultima documentazione medica ☐ Ultima documentazione infermieristica ☐ Ultime analisi di laboratorio
oppure

sono da indicare tutte le informazioni di seguito.

Senza tali informazioni non è possibile una valutazione accurata della disponibilità.

Diagnosi e terapie

Grado di dipendenza ☐ Autosufficiente ☐ Parzialmente dipendente ☐ Dipendente

Motivi e obiettivi
del ricovero ☐ Continuazione delle cure sotto sorveglianza medica dopo intervento chirurgico
☐ Continuazione delle cure sotto sorveglianza medica dopo malattia acuta
☐ Riattivazione sotto sorveglianza medica dopo trauma
☐ Valutazione e terapia di una malattia sotto sorveglianza medica
☐ Altro, specificare _____

Mobilità ☐ Deambulazione assistita ☐ Deambulazione libera ☐ Allettato
☐ Mezzi ausiliari, specificare _____

Diagnosi somatica e psichica

Terapia (specificare terapia orale, s/c, i/v, i/m, ossigeno, inalazioni, cerotti transdermici)

Medicazioni

Luogo e data

Firma medico curante

Timbro medico curante