REGIONE DEL VENETO
ULSS9 SCALIGERA

Azienda ULSS 9 - Scaligera

Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona
cod.fisc. e P. IVA 02573090236

RICHIESTA DI TRASPORTO IN AMBULANZA PER RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALI CON COSTO A TOTALE CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE (SSR)

Certificazione del Medico di Medicina Generale

Si richiede il trasporto in ambulanza presso l'Ospedale/Distretto dell'Azienda ULSS 9 Scaligera:

Sede di _____ Reparto _____ il Giorno |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

alle ore _____

PER:

Cognome _____ Nome _____ Nato a _____

il |__|__| |__|__| |__|__|__|__| Residente a _____ Via _____

n° _____ piano _____ Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Tel. _____

Peso _____ Altezza _____ Presenza di Ascensore ☐ Scale ☐

Si dichiara che il paziente è: ☐ **allettato** ☐ **non deambulante e non trasportabile con altro mezzo**

Motivo del trasporto:

☐ **ricovero programmato** (ordinario, day surgery, day hospital) ad un ospedale all'Azienda ULSS di residenza dell'assistito;

☐ **prestazione in regime ambulatoriale**, specificare:

a) tipo di accertamento, esame o visita _____

b) tipologia di paziente:

☐ pazienti che necessitano di prestazioni nei 30 giorni successivi al ricovero ospedaliero;

☐ pazienti affetti da neoplasia per l'esecuzione di un ciclo chemio o radio-terapico;

☐ pazienti degenti in RSA/CSR/Ospedali di Comunità accreditate su posto letto autorizzato, solo per l'effettuazione di prestazioni che non richiedono particolari dotazioni strumentali ed essendo lo specialista ospedaliero impossibilitato ad eseguire la prestazione in loco;

☐ pazienti degenti in RSA/Ospedali di Comunità gestite direttamente dall'Azienda ULSS;

☐ pazienti degenti presso Hospice, strutture per stati vegetativi permanenti o mielolesioni.

Data |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

_____

Timbro e firma del medico curante

Condizioni del servizio

La presente richiesta deve essere inoltrata **almeno 2 giorni lavorativi** prima della data del trasporto al n° di fax o all'indirizzo email di seguito elencati:

DISTRETTO 1 - VERONA CITTA'

Fax 045/8124700 email cutrasporti@croceverdeverona.org

DISTRETTO 2 - EST VERONESE

Fax 045/8124700 email cutrasporti@croceverdeverona.org

DISTRETTO 3 – PIANURA VERONESE

Fax 0442/622683 email paola.brojanigo@aulss9.veneto.it

DISTRETTO 4 – OVEST VERONESE

Fax 045/8124700 email cutrasporti@croceverdeverona.org

Non saranno accettate domande incomplete, illeggibili o fuori termine.