



RICHIESTA TRASPORTO PER I PAZIENTI
IN CARICO NELLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE
DI I, II, III LIVELLO E CURE DOMICILIARI PALLIATIVE

MOD. A2

Alla Cooperativa "Il Sorriso"
Via Annarumma, 96 83100 Avellino
Fax n. 0825 39544

SI RICHIEDE IL SEGUENTE TRASPORTO PER

Il Sig./Sig.ra _____ nato/a il ___/___/_____

a _____

in carico nelle cure domiciliari integrate.

TIPO DI MEZZO	<input type="checkbox"/> AMBULANZA	<input type="checkbox"/> AUTOVETTURA
MOTIVAZIONE	<input type="checkbox"/> VISITA SPECIALISTICA	<input type="checkbox"/> PRESTAZIONE DIAGNOSTICA STRUMENTALE
	<input type="checkbox"/> PRESTAZIONE DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	<input type="checkbox"/> POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO CENTRALE O PERIFERICO
	<input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMIA	<input type="checkbox"/> POSIZIONAMENTO PEG/ SONDINO NASOGASTRICO
	<input type="checkbox"/> ALTRO.....	

GIORNO DEL SERVIZIO	ORARIO	TIPO DI VIAGGIO
___/___/_____	ORA _____	<input type="checkbox"/> ANDATA E RITORNO

PUNTO DI PARTENZA

Nome sul campanello dell'abitazione:

Comune _____

Via/corso/piazza _____ n. _____

Persona contattabile _____ tel. _____
(in caso di necessità)

PUNTO DI DESTINAZIONE

Denominazione del Presidio di destinazione:

Comune _____

Via/corso/piazza _____

n. _____

Persona contattabile _____

tel. _____

(in caso di necessità)

IL MEDICO DEL DISTRETTO

(timbro e firma)