P. A. CROCE VERDE SEMPIONE ODV

P.zza Santorre di Santarosa, 10 – 20156 Milano

SCHEDA DI PRENOTAZIONE DEI SERVIZI PRIVATI

ANPAS

RICHIESTA PER IL GIORNO: / /

N.B. Non si accettano prenotazioni senza almeno due giorni lavorativi di anticipo e per i giorni di sabato e di domenica.

COGNOME PAZIENTE _____ NOME PAZIENTE _____
ETÀ_____ PESO_____ RECAPITO TELEFONICO _____

MOBILITÀ DEL PAZIENTE:

☐ Cammina/autonomo ☐ Carrozzina nostra ☐ Carrozzina del paziente ☐ Barellato/allettato

ANAMNESI COVID-19 RIFERITA AI 15 GIORNI PRECEDENTI AL TRASPORTO

☐ Nessun tampone e nessun sintomo ☐ Tampone negativo e nessun sintomo ☐ Tampone positivo
☐ Tampone negativo ma presenza di sintomi (febbre, tosse, dispnea, vomito, dissenteria)
☐ Nessun tampone e presenza di sintomi (febbre, tosse, dispnea, vomito, dissenteria)

TRASPORTO PER:

☐ **Visita** Tipo di visita _____ Ora appuntamento_____ : _____
Tempo d'attesa previsto presso il luogo di destinazione: ☐ meno di 1 ora ☐ tra 1 e 2 ore ☐ più di 2 ore

☐ **Dimissione** Orario dimissione_____ : _____ Motivo dimissione _____

☐ **Ricovero** Orario ricovero_____ : _____ Motivo ricovero _____

CARICO PAZIENTE ALLE ORE _____ : _____
INDIRIZZO DI CARICO

☐ **Domicilio**
CITTÀ _____
VIA/PIAZZA_____
CIT. _____ SCALA _____ PIANO ____
È presente l'ascensore?
☐ Sì ☐ Sì ma molto piccolo ☐ No
Ci sono gradini all'ingresso?
☐ SÌ. Quanti?_____ ☐ No

☐ **Ospedale/Struttura sanitaria**
CITTÀ _____
VIA/PIAZZA_____
NOME STRUTTURA _____
PADIGLIONE _____ PIANO_____
REPARTO _____

ARRIVO A DESTINAZIONE ALLE ORE _____:_____
INDIRIZZO DI ARRIVO

☐ **Ospedale/Struttura sanitaria**
CITTÀ _____
VIA/PIAZZA_____
NOME STRUTTURA _____
PADIGLIONE _____ PIANO_____
REPARTO _____

☐ **Domicilio**
CITTÀ _____
VIA/PIAZZA_____
CIT. _____ SCALA _____ PIANO ____
È presente l'ascensore?
☐ Sì ☐ Sì ma molto piccolo ☐ No
Ci sono gradini all'ingresso?
☐ SÌ. Quanti?_____ ☐ No

compilazione a carico di CVS

RIMBORSO PREVISTO DI € _____ ☐ **AUTO** ☐ **AMBULANZA**
NOTE _____
_____

☐ **CHIAMARE PER CONFERMARE** **Data** _____ **Operatore** _____
☐ **CONFERMATO DA INSERIRE** **Data** _____ **Operatore** _____
☐ **RIFIUTATO DA COMUNICARE** **Data** _____ **Operatore** _____