



**CASA di CURA SAN GIORGIO**  
Direttore Sanitario dott. Massimiliano Mazzarino

Sede Operativa: Via Gattinara, 16 – 13886 Viverone (BI)  
tel. 0161 987 089 – fax 0161 987 190  
[www.casadicurasangiorgio.it](http://www.casadicurasangiorgio.it)  
[info@casadicurasangiorgio.it](mailto:info@casadicurasangiorgio.it)

Mod. Acc. 01  
Rev. 01  
Data 7/11/16  
Pag. 1/1

**Richiesta di ricovero U.F. di Riabilitazione Neuropsichiatrica**  
Il presente modulo di prenotazione non sostituisce la relazione clinica necessaria per il ricovero.

**PAZIENTE**

Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

**MEDICO E SERVIZIO INVIANTE** \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

**MEDICO E SERVIZIO REFERENTE** \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI** \_\_\_\_\_

**EVENTUALI COMORBILITA'**

Abuso/altre patologie \_\_\_\_\_

**AGGRESSIVITA'/CONDOTTE AUTOLESIVE** \_\_\_\_\_

**AUTOSUFFICIENZA** \_\_\_\_\_

**TERAPIA IN ATTO**

(per diagnosi principale e comorbilità) \_\_\_\_\_

N.B: AL FINE DI AVVIARE TEMPESTIVAMENTE IL TRATTAMENTO PSICOFARMACOLOGICO SAREBBE OPPORTUNO CHE IL PAZIENTE ALL'INGRESSO PORTASSE IN VISIONE ESAMI EMATICI ED ECG DI RECENTE ESECUZIONE

**MOTIVO DEL RICOVERO** \_\_\_\_\_

**PROGETTO ALLA DIMISSIONE** \_\_\_\_\_

**FAMILIARI**

nominativo e telefono \_\_\_\_\_

**EVENTUALI PROVVEDIMENTI**     TUTELA     CURATELA     AMMINISTRAZIONE SOSTEGNO

Nominativo \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**PERSONA DA INFORMARE CIRCA LA DATA DI AMMISSIONE** \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_