



**PIA FONDAZIONE DI CULTO E RELIGIONE CARD. G. PANICO**  
**A z i e n d a   O s p e d a l i e r a**

**MODULO DI RICHIESTA DI RICOVERO IN LUNGODEGENZA**

(da inviare alla Direzione Sanitaria Fax 0833 543561 e-mail: [direzionesanitaria@piafondazionepanico.it](mailto:direzionesanitaria@piafondazionepanico.it))

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_

Medico nella U.O. di \_\_\_\_\_ Ospedale \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Chiede di valutare l'opportunità di ricovero del paziente:

(Cognome e Nome) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

CF: \_\_\_\_\_ Regione di iscrizione SSN \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

Presso la Unità Operativa di Lungodegenza dell'A.O. "Card. G. Panico" di Tricase (LE).

Il paziente è affetto da:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e presenta le seguenti patologie associate:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pertanto è necessario il ricovero in ambiente ospedaliero non potendo accedere, per le caratteristiche cliniche del paziente, a forme di assistenza diverse come ospedalizzazione domiciliare, Hospice, RSA, DH e cure ambulatoriali.

Data	Firma (leggibile) e timbro del medico richiedente
------	---

Nulla Osta al ricovero della U.O. di Lungodegenza     Osta al ricovero

Data	Firma (leggibile) e timbro del medico di Lungodegenza
------	---

Annotazioni del medico di Lungodegenza:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_