

**RICHIESTA TRASPORTO SANITARIO PER PER RICOVERO PROGRAMMATO  
 in regime ordinario, day hospital o day surgery**

dati assistito:	
Cognome	Nome
Data di nascita	Residente a
Indirizzo	
Codice Fiscale	Telefono
Destinazione	
Struttura	Reparto
Motivo del ricovero	
Giorno del ricovero	Ora
Altri elementi utili	
Piano dell'abitazione	Ascensore: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Barriere architettoniche	Peso: Kg <input type="checkbox"/> barellato <input type="checkbox"/> seduto
<input type="checkbox"/> Paziente tracheostomizzato	<input type="checkbox"/> Paziente in ossigenoterapia
Note di rilievo (es. ventilazione meccanica)	

**A cura del medico curante**

<p><b>A. TRASPORTO A CARICO DELL'AZIENDA ULSS 8 BERICA</b>            lo sottoscritto dott. _____ dichiaro che il paziente si trova in una delle seguenti condizioni:</p> <p>1.1. <input type="checkbox"/> è allettato per inabilità al controllo posturale del tronco anche in posizione seduta, sussistono controindicazioni o impossibilità alla posizione seduta, la movimentazione del paziente è sicuramente e potenzialmente pericolosa;</p> <p>1.2. <input type="checkbox"/> risulta non deambulante, portatore di inabilità temporanea o permanente in carrozzina ortopedica obbligatoria per il quale non è possibile il trasporto con mezzi ordinari.</p> <p>Inoltre, dichiaro che:</p> <p>1.3. <input type="checkbox"/> il trasporto è diretto ad un ospedale o ad altra struttura ospedaliera privata accreditata dell'Azienda ULSS di residenza dell'assistito.</p>
<p><b>B. TRASPORTO A TOTALE CARICO DELL'UTENTE</b> (tariffa piena € 50,00 a viaggio fino a 35 km + € 1,00 per km aggiuntivo – importo aggiuntivo per presenza medico € 50,00 fino a 35 km + € 0,50 per km aggiuntivo)            lo sottoscritto dott. _____ dichiaro che il trasporto è diretto verso una struttura ospedaliera privata, in assenza di assunzione di onere da parte di quest'ultima.</p>

Data

Timbro e firma del medico curante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DA COMPILARE A CURA DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI APPARTENENZA  
 (nel caso di richiesta di trasporto ad Ospedale DIVERSO da quello di competenza territoriale)**

<p><b>A. TRASPORTO A CARICO DELL'AZIENDA ULSS 8 BERICA</b>            lo sottoscritto dott. _____ Direttore (o delegato) del Distretto socio sanitario _____ dichiaro che l'Ospedale di riferimento dell'assistito non è in grado di garantire la prestazione richiesta.</p>
--

Data

Timbro e firma del Direttore di Distretto (o delegato)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_