

**RICHIESTA TRASPORTO SANITARIO PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI**  
**(visite, accertamenti strumentali, terapie)**

dati assistito:	
Cognome	Nome
Data di nascita	Residente a
Indirizzo	
Codice Fiscale	Telefono
Destinazione	
Struttura	Reparto
Prestazione	
Giorno della prestazione	Ora
<input type="checkbox"/> Solo Andata <input type="checkbox"/> Andata e ritorno	
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></p> <p>Io sottoscritto dott. _____ dichiaro che:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> il paziente è <b>allettato</b> o comunque <b>non deambulante e non trasportabile con altro mezzo</b> e inoltre che si trova in una delle seguenti condizioni:</p> <p>1.1. <input type="checkbox"/> la prestazione viene effettuata nei 30 giorni successivi a ricovero ospedaliero</p> <p>1.2. <input type="checkbox"/> trattasi di ciclo chemio o radio-terapico in paziente affetto da neoplasia</p> <p>1.3. <input type="checkbox"/> il paziente è degente in RSA convenzionata su posto letto autorizzato (solo per l'effettuazione di prestazioni che richiedono particolari dotazioni strumentali e che lo specialista ospedaliero è impossibilitato ad eseguire in loco)</p> <p>1.4. <input type="checkbox"/> il paziente è degente in RSA gestita direttamente dall'Azienda U.L.SS. (ex Ospedali Psichiatrici)</p> <p>1.5. <input type="checkbox"/> il paziente è degente presso Hospice e struttura per stati vegetativi permanenti e per mielolesioni</p> <p>1.6. <input type="checkbox"/> il paziente è degente presso Struttura Intermedia (URT, ODC)</p>
<p><b>B. TRASPORTO A PARZIALE CARICO DELL'UTENTE</b> (tariffa agevolata € 30,00 a viaggio - € 60,00 andata e ritorno – importo aggiuntivo per presenza medico € 50,00 fino a 35 km + € 0,50 per km aggiuntivo)</p> <p>Io sottoscritto dott. _____ dichiaro che il paziente:</p> <p>1.1. <input type="checkbox"/> è allettato per inabilità al controllo posturale;</p> <p>1.2. <input type="checkbox"/> presenta difficoltà di deambulazione per concomitanti condizioni morbose non gravemente invalidanti</p> <p>1.3. presenta invalidità accertata del 100% ed indennità di accompagnamento in condizione permanente di non deambulabilità</p>



### A cura del medico curante

**C. TRASPORTO A TOTALE CARICO DELL'UTENTE** (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)

Io sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ dichiaro che il trasporto è motivato da:

- 1.1.  Accesso a strutture extraospedaliere (es. Centri di Riabilitazione)
- 1.2.  Visite medico-legali, udienze per nomina amministratore di sostegno/curatore/tutore, riconoscimento invalidità, visite INAIL, impianti ed ausili protesici (esclusi gli ausili per gli arti inferiori)
- 1.3.  Prestazioni di Medicina fisica e riabilitativa presso strutture accreditate e non
- 1.4.  Cure termali
- 1.5.  Visite specialistiche e prestazioni diagnostiche presso strutture accreditate/non accreditate per l'esecuzione di prestazioni non prenotate tramite il CUP o di prestazioni in regime di attività libero professionale con onere a carico dell'utente
- 1.6.  Visite specialistiche e prestazioni diagnostiche presso strutture non accreditate
- 1.7.  Difficoltà logistiche di natura non sanitaria o per la presenza di barriere architettoniche

Data

Timbro e firma del medico curante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### DA COMPILARE A CURA DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI APPARTENENZA

#### A. TRASPORTO A CARICO DELL'AZIENDA ULSS 8 BERICA

Io sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ Direttore (o delegato) del Distretto socio sanitario \_\_\_\_\_ dichiaro che:

1.  il paziente è **allettato o comunque non deambulante e non trasportabile con altro mezzo** ed inoltre che si trova nella seguente condizione:
  - 1.1.  il paziente è in ADI (Assistenza domiciliare Integrata)
  - 1.2.  il paziente si trova in particolare condizione di disagio socio-economico

In caso di trasporto per prestazione ambulatoriale da eseguirsi in struttura diversa da quella di competenza territoriale, dichiaro che:

- 1.3.  la struttura di riferimento non è in grado di garantire la prestazione richiesta

Data

Timbro e firma del Direttore di Distretto (o delegato)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_