

**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><br/>         Io 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 o potenzialmente pericolosa;</p> <p>1.2. <input type="checkbox"/> risulta non deambulante, portatore di inabilità temporanea o permanente in carrozzina ortopedica obbligata 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)<br/>         Io 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><br/>         Io sottoscritto dott. _____ Direttore (o delegato) del Distretto socio sanitario<br/>         _____ 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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_