

# QUESTIONARIO DI AMMISSIONE AL RICOVERO

(SCRIVERE CHIARO E IN STAMPATELLO)

DATA di ARRIVO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ORARIO \_\_\_:\_\_\_

## DATI PERSONALI DEL PAZIENTE

CAMERA N° \_\_\_\_\_ NUM.CART.CLIN. \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROV.(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

IL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SESSO M  $\diamond$  F  $\diamond$  COD.FISCALE \_\_\_\_\_

COMUNE DI RESIDENZA \_\_\_\_\_ PROV.(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N.CIV. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

ASL DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_ CITTADINANZA \_\_\_\_\_

STATO CIVILE \_\_\_\_\_ TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_ PROFESSIONE \_\_\_\_\_

NOME MEDICO DI FAMIGLIA \_\_\_\_\_ COD.REGIONALE MEDICO \_\_\_\_\_

TIPO DOCUMENTO \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_

ENTE DEL RILASCIO \_\_\_\_\_ DATA DEL RILASCIO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## **SOLO PER I MINORI O PER LE PERSONE SOTTO TUTELA**

COGNOME E NOME DEI GENITORI O DEL TUTORE

---

## **SERVIZI ALBERGHIERI: (SU RICHIESTA)**

### REPARTI DI DEGENZA

$\diamond$  TELEVISIONE € 6,00 AL GIORNO COMPRESA IVA 10%



CON DEPOSITO DI € 50,00

$\diamond$  TELEFONO € 4,00 AL GIORNO COMPRESA IVA 10%

$\diamond$  CAMERA SINGOLA € 165,00 AL GIORNO COMPRESA IVA 10% > CON DEPOSITO DI € 300,00  
(CON PRENOTAZIONE PRESSO L'UFFICIO ACCETTAZIONE)

### REPARTO RIABILITAZIONE:

$\diamond$  TELEVISIONE DEPOSITO DI € 55,00 + 10% IVA AL MOMENTO DELLA DIMISSIONE  
(TARIFFA A PACCHETTO)

---

**FIRMA Medico di Guardia**

---

**FIRMA Paziente**

D.L.vo n° 196/2003  
(TUTELA DELLE PERSONE RISPETTO AI DATI PERSONALI)

## **COMUNICAZIONE AL PAZIENTE SULLA TUTELA DELLA PRIVACY PER I DATI PERSONALI RACCOLTI DA QUESTO ISTITUTO**

Le comunichiamo che i dati che Lei ci fornisce al momento del ricovero sono obbligatori per la corretta compilazione della cartella clinica e serviranno sia per rilevare il Suo attuale stato di salute sia per i fini amministrativi che saranno conservati nei nostri archivi.

I Suoi dati anagrafici, la terapia e le cure da Lei praticate, la diagnosi di dimissione con la relativa scheda di dimissioni ospedaliera (SDO) e quant'altro necessario saranno comunicati, in base alle norme vigenti, per quanto di competenza, alle aziende sanitarie locali, alle autorità di pubblica sicurezza e, dietro specifica richiesta, all'autorità giudiziaria o ad altri destinati per Legge o regolamenti.

La informiamo altresì che:

- qualora i Suoi dati dovessero necessitare per finalità di ricerca scientifica o di statistica, saranno trasmessi in modo anonimo;
- i dati personali idonei a rilevare il Suo stato di salute saranno a Lei notificati da un medico da Lei designato;
- i Suoi diritti in relazione ai Suoi dati personali sono quelli di cui all'art. 110 della legge 675/96.

Il/La Sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui al Decreto Legge 196/03, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui alla Legge citata.

LUOGO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA del Paziente**