



CROCE VERDE Onlus
Coop. Sociale a r.l.

Montebelluna

RICHIESTA TRASPORTO OSPITI

Preparato e verificato: Sartor Valter

Approvato: ---

Mod.n. 006
09/07/2010
Rev. 2.0

PAG. 1 DI 1

A: Croce Verde Onlus

Da: Casa Riposo

Montebelluna

Fax. 0423/615134 - Email: servizi@croceverdemontebelluna.org

Data Richiesta	Cognome Nome Ospite	Età
Luogo di Nascita		Data Nascita
Motivo del trasporto <input type="checkbox"/> Dimissione <input type="checkbox"/> Ricovero <input type="checkbox"/> Trasferimento <input type="checkbox"/> Consulenza <input type="checkbox"/> Altro _____	Modalità trasporto <input type="checkbox"/> Autosufficiente <i>(deambulante, anche solo parzialmente con tutore)</i> <input type="checkbox"/> Carrozzina <i>(NON deambula, non si regge in piedi)</i> <input type="checkbox"/> Barellato <i>(Alettato)</i>	
	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Accompagnato <i>(se accompagnato da familiari, operatori, altre persone)</i>
Luogo di Destinazione <small>(Indicare oltre al paese, se si tratta di ospedale, studio medico, o struttura privata)</small>	<input type="checkbox"/> Reparto	<input type="checkbox"/> Ambulatorio
	<small>(Indicare se la consulenza viene fatta in ambulatorio o reparto)</small>	
Tipo d'esame da sottoporsi (breve descrizione se utile)		
NOTE (reparto, nucleo, sezione, altro)		
Data Servizio	Ora Appuntamento	Operatore che compila il modulo
La fattura è da intestare a: <input type="checkbox"/> Casa Riposo <input type="checkbox"/> Cliente (in questo caso compilare la parte sottostante)		

Nominativo		
In qualità di: <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> tutore <input type="checkbox"/> conoscente <input type="checkbox"/> altro.....		
Indirizzo: Località Cap:		
Cod. Fiscale o Partita Iva		
Telefono: Cellulare Email.....		
Spedire a:		
<input type="checkbox"/> Stesso indirizzo dell'intestatario		
<input type="checkbox"/> altro a specificare:.....		