

Il sottoscritto dr. _____ medico di medicina generale/medico nella U.O di _____ dello Stabilimento Ospedaliero di _____ del Presidio Ospedaliero di _____

Chiede di valutare l'opportunità di ricovero del paziente _____ nato il _____ e residente a _____

Presso la Unità Operativa di Lungodegenza dello Stabilimento ospedaliero di Nardò.

Il paziente è affetto da _____ - e presenta le seguenti patologie associate _____-Pertanto è necessario il ricovero in ambiente ospedaliero non potendo accedere, per le caratteristiche cliniche del paziente, a *forme* di assistenza diverse come ospedalizzazione domiciliare, Hospice, RSA, DH e cure ambulatoriali.

Data _____

Firma (leggibile) e timbro del medico _____

Nulla Osta al ricovero

Il medico della U.O. di Lungodegenza

Firma (leggibile) e timbro del medico _____

Data _____

Osta al ricovero quanto segue:

Il medico della U.O. di Lungodegenza

Firma (leggibile) e timbro del medico _____

Data _____