



**RICHIESTA DI TRASPORTO SANITARIO**

MEDICO RICHIEDENTE ..... TEL. ....

COGNOME e NOME UTENTE .....  
 INVALIDITA' 100%  INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO

DATA DI NASCITA ..... RESIDENZA .....

CODICE FISCALE ..... SESSO .....

DATA TRASPORTO ..... **PAZIENTE IN ADI**

Partenza trasporto: .....

Destinazione trasporto: .....

**TIPOLOGIA DI TRASPORTO**

- RICOVERO PROGRAMMATO     PRESTAZIONI AMBULATORIALI     CONSULENZA  
 DAY HOSPITAL, DAY SURGERY     ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI     VISITA SPECIALISTICA

ORARI E APPUNTAMENTI: .....

TEL. UTENTE/FAMILIARI: ..... **PAZIENTE IN A.D.O.**

**CERTIFICATO MEDICO**

Il sottoscritto ..... certifica che il/la paziente da trasportare presenta le condizioni previste dall'Allegato A della DGR 14/11/2011 ("...il servizio è a carico del SSR solo per gli utenti allettati o comunque non deambulanti non trasportabili con altro mezzo...") in quanto affetto da .....

DATA ..... Timbro e firma Medico richiedente

L'utente è stato informato che il trasporto è a suo parziale carico.

**AUTORIZZAZIONE TRASPORTO**

*Riservato alla C.O.P.*

- 3.1     3.2     4.1     4.2     NON AUTORIZZATO

DATA ..... Firma Medico

La procedura relativa all'utilizzo del taxi sanitario è sottoposta ad un processo di verifica a vari livelli; in particolare il personale del taxi sanitario è tenuto ad inoltrare alla Centrale Operativa 118 un modulo di segnalazione. Qualora tale segnalazione riguardasse pazienti non rientranti nella categoria "allettati non deambulanti" tale modulo sarà inoltrato alle rispettive Macrostrutture del Presidio o del Territorio per le verifiche del caso.