

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	<p><b>MODULO DI RICHIESTA DI VALUTAZIONE PRE-RICOVERO PRESSO GLI HOSPICE DELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA</b></p>	<p><b>PROCEDURA AZIENDALE</b> Allegato 3</p> <p><b>Mod 01P043AUSLBO</b></p>
--	--	---

**Al Responsabile  
della Rete delle Cure Palliative  
dell'Azienda AUSL di BOLOGNA**  
*Dottoressa Danila Valenti*  
**Tel. 051/ 8909611**  
**Fax. 051 /8909647**

Si richiede la valutazione per eventuale ricovero presso gli Hospice dell'Azienda dell'AUSL di Bologna del/la Sig/ra.....  
nato/a a .....il.....  
residente in.....Via.....  
Tel.....Cell..... USL di appartenenza.....  
con diagnosi.....  
condizioni attuali.....

- Attualmente ricoverato/a presso l'Ospedale.....  
di.....Reparto.....dal.....
- Attualmente assistito presso il proprio domicilio
- Già seguito dal Servizio Ambulatoriale di Cure Palliative

**Cognome, nome, n° telefono e grado di parentela del familiare da contattare e informato della richiesta per l'Hospice:**

.....

- Il paziente avrà verosimilmente bisogno dell'Hospice; famiglia ancora da informare

**INVIARE DOCUMENTAZIONE CLINICA AL N° FAX: 051 8909647**

**Il Medico proponente (firma e timbro)**

Dottor.....

Tel.....Cell.....

Richiesta inviata in data.....

Data <i>OTTOBRE 2010</i>	Rev. <i>1</i>	Pag. 1 di 1
Questo documento è di proprietà della Azienda USL di Bologna e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		