

ACCETTAZIONE RICOVERO "DI SOLLIEVO"

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via / Piazza _____

C.F. _____

dichiara di essere ricoverato come solvente presso la Casa di Cura Habilita Spa con esclusione d'ogni addebito al Servizio Sanitario Nazionale. Dichiara di accettare il tariffario del ricovero e quant'altro sotto riportato.

comprende:

1. Assistenza medica
2. Assistenza infermieristica e assistenziale
3. Ausili (carrozzina, deambulatore, ...)
4. Servizio alberghiero escluso lavanderia dei capi personali

Sono invece **esclusi** dalla retta di degenza e a carico del paziente:

1. Visite specialistiche o accertamenti diagnostici
2. Trasporto in ambulanza per gli spostamenti fuori sede
3. Eventuali altre spese sostenute per conto dell'ospite
4. Farmaci, medicazioni e presidi
5. Trattamenti fisioterapici

Tutti gli importi di spettanza della Casa di Cura Habilita saranno assoggettati al 22% di Iva

Normativa di ricovero

- La degenza privata "di sollievo" ha di norma la durata minima non inferiore a 7 giorni e massima di 30 giorni. Eventuali proroghe dovranno essere autorizzate dal Responsabile dell' U.O. di degenza e concordate almeno 10 giorni prima rispetto alla data di dimissione programmata
- I ricoveri e le dimissioni vengono effettuati durante i giorni feriali, dal lunedì al venerdì
- L'ingresso avviene nella fascia oraria dalle 09.00 alle 11.00
- La dimissione deve essere effettuata la mattina del giorno concordato entro le ore 10.00
- Prima delle dimissioni deve essere saldato il conto relativo alla degenza e agli eventuali servizi esclusi dalla retta
- Il ricovero privato non rappresenta una condizione facilitante per l'accesso alla degenza riabilitativa convenzionata
- Il ricovero s'intende subordinato al comportamento corretto e adeguato nei rapporti con gli altri ospiti ed il personale di assistenza della Casa di Cura, i Medici Responsabili (Direttore Sanitario e suo sostituto) hanno la facoltà di dimettere d'autorità l'ospite al verificarsi di fatti che disturbino in modo grave l'organizzazione del reparto
- Per motivate esigenze di carattere organizzativo e/o sanitario, sentito il parere del medico della struttura, l'ospite potrà essere spostato in altra stanza o piano dell' U.O. di degenza

Familiari di riferimento:

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Grado di parentela _____

Residenza _____

Recapiti telefonici _____

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Grado di parentela _____

Residenza _____

Recapiti telefonici _____

Data _____ Firma _____

ZINGONIA

BERGAMO

ALBINO

BONATE SOTTO

SARNICO

CLUSONE

OSIO SOTTO

HABILITA SPA Via Bologna 1 - 24040 Zingonia di Ciserano (BG) - T +39 035 4815511 - FAX 035 882402 - C.F. e P.Iva 00765430160 - Cap. Soc. Euro 780.000 i.v.

Rea n° 171358 della C.C.I.A.A. di Bergamo - Ufficio del registro delle imprese - Tribunale di Bergamo n° 13451