

**REGIONE PUGLIA - Azienda Sanitaria Locale LECCE**

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. \_\_\_\_\_

Pia Fondazione di Culto e di Religione "Card. G. Panico"

**HOSPICE CASA DI BETANIA**

Via L. Ariosto, Tricase (LE), CAP 73039 - FAX 0833 543561 – Tel. 0833 773111

Sito web: [www.piafondazionepanico.it](http://www.piafondazionepanico.it) e-mail: [casabetaniahospice@piafondazionepanico.it](mailto:casabetaniahospice@piafondazionepanico.it)

**AUTORIZZAZIONE AL RICOVERO IN HOSPICE**

**Si prega di compilare in modo leggibile e in STAMPATELLO**

**DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso F , M ,

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di Residenza \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Attuale collocazione:      Domicilio      Ospedale      ADO      ADI      RSA      Lungodegenza

Specificare luogo collocazione: \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**SI AUTORIZZA IL RICOVERO IN HOSPICE**

Data, \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Dirigente DSS di residenza:

**Parte Riservata all'Hospice Casa di Betania**

Data \_\_\_\_\_

Si accetta il ricovero

Si accetta in lista d'attesa dal \_\_\_\_\_

Non si accetta

Motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Timbro e firma del Responsabile sanitario Hospice)