



RICHIESTA DI SERVIZIO PROGRAMMATO

DA PARTE DI ENTI

(Allegare sempre verbale di servizio)

Modulo 23-02-2011

Volontari Croce Bianca di Lumezzane – ONLUS

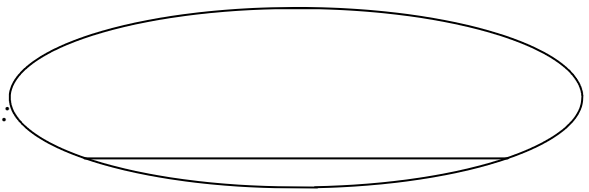
Via Madre Lucia Seneci, 34 25065 Lumezzane (BS)

TEL/FAX: 030-829717 / 030-827379

www.crocebiancalumezzane.org / info@crocebiancalumezzane.org

*ZONA DA COMPILARE A CARICO DELL'ENTE RICHIEDENTE

TIMBRO DELL'ENTE E FIRMA DI CHI EFFETTUA LA RICHIESTA:



DATA DELLA RICHIESTA: ____/____/20____

Per il trasporto del/la Sig./ra _____

residente a _____ Via/P.za _____ N° ____/____

A chi va intestata la **fattura** ed il relativo **pagamento**?

Direttamente al/la paziente (Indirizzo sopra)

All'Ente che effettua la richiesta

Altri: _____

Trasporto da _____ Via/P.za/Ente _____ N° ____/____

a _____ Via/P.za/Ente _____ N° ____/____

Data del Servizio ____/____/20____

GIORNO: LU MA ME GI VE SA DO

Prelievo del/la paziente ore ____:____

Deve essere a destinazione alle ore ____:____

Motivo del trasporto: RICOVERO DIMISSIONE VISITA (DURATA: ____) ALTRO: _____

Dove è ricoverato/a? _____ N. Tel Reparto: ____/____

Da chi viene accompagnato/a? _____

Ha bisogno della sedia?

SI NO

Ha bisogno del lettino?

SI NO

E' Pesante? Circa? ____Kg

SI NO

Ha bisogno di ossigeno?

SI NO

Ha bisogno dell'aspiratore?

SI NO

Ha bisogno dell'inverter?

SI NO

NOTE - ALTRE INFO UTILI:

*ZONA DA COMPILARE A CARICO DI CHI RICEVE LA RICHIESTA DEL SERVIZIO IN CROCE BIANCA

RICHIESTA DI SERVIZIO RICEVUTA IN DATA: ____/____/20____ FAXATA AL RESPONSABILE SI NO

FIRMA LEGGIBILE DI CHI RICEVE LA RICHIESTA: _____

*ZONA DA COMPILARE A CARICO DEL RESPONSABILE DEI SERVIZI PROGRAMMATI

Il servizio sarà svolto dai militi:

1) _____ 2) _____

3) _____ Automezzo N° _____ Firma Resp. _____