



# RICHIESTA DI SERVIZIO PROGRAMMATO DA PARTE DI ENTI

(Allegare sempre verbale di servizio)

Modulo 21-09-2016

Volontari Croce Bianca di Lumezzane – ONLUS

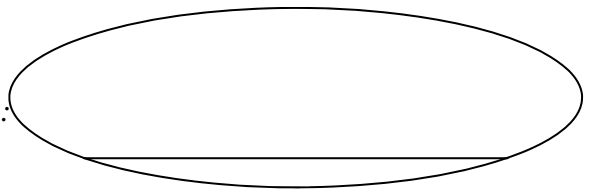
Via Madre Lucia Seneci, 34 25065 Lumezzane (BS)

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 \_\_\_\_\_

Codice fiscale:

residente a \_\_\_\_\_ Via/P.za \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_/\_\_\_\_

Piano \_\_\_\_\_

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

Codice Trasporto verde giallo rosso

**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. \_\_\_\_\_