

FONDAZIONE CASA DI RIPOSO VILLA G. PADOVANI – ONLUS
Via Suor Laura Aceti n. 1 – 25027 QUINZANO D’OGLIO (BS)
Cod. Fisc. 88002510175 – P. IVA 00727340986
Tel. 030/933007 – 030/933448
Fax 030/9336077
e-mail: info@rsaquinzano.it

Egr. Dr./Gent.le Dr.ssa

Ricoveri su posti letto non convenzionati: Nota informativa per il Medico di Medicina Generale

Si informa che la Fondazione Casa di Riposo Villa G. Padovani Onlus mette a disposizione alcuni posti letto autorizzati dalla Provincia di Brescia destinati a ricoveri temporanei di persone che non possono essere assistite al proprio domicilio e necessitano di un’assistenza di tipo domestico alberghiero, infermieristica, fisioterapica continuativa e qualificata in una situazione protetta.

Con l’ingresso nella struttura la persona rimane in carico al sistema sanitario nazionale e, per espressa disciplina giuridica, mantiene il proprio medico di base (la normativa non consente il cambio con il medico interno come avviene per i ricoveri accreditati dalla Regione Lombardia).

Nell’informarLa che il/la Signor/Signora _____ nata il _____ e residente a _____ ha fatto richiesta di ricovero temporaneo/sollievo, la portiamo a conoscenza che le prescrizioni farmacologiche e le indicazioni terapeutiche, le richieste di indagini diagnostiche di routine e urgenti, nonché le visite mediche rimangono di Sua competenza.

Le prescrizioni di cui al punto 1 dovranno pervenire per iscritto, tramite fax o consegnata dai parenti, al personale infermieristico.

Per l’espletamento delle stesse verrà contattato dai famigliari di riferimento o dalla capo sala della struttura (o suo sostituto).

Ai fini di ottimizzare la collaborazione fra Lei ed i sanitari della struttura, la invitiamo a contattare i medici interni al n. 030933007 o n. 030933448.

Se, in caso d’urgenza, Lei non fosse rintracciabile o impossibilitato a venire in struttura, il suo assistito verrà visitato dal medico interno, se presente, altrimenti verrà chiamato il 112.

Al momento dell’accesso in RSA verrà messo a sua disposizione il fascicolo sanitario dell’ Utente per l’aggiornamento sanitario.

La ringraziamo per la collaborazione.

FIRMA PER PRESA VISIONE E PER CONSENSO _____

Recapiti telefonici: Ambulatorio _____
Abitazione _____
Cellulare _____
Fax _____
e-mail _____