


RICHIESTA TRASPORTO IN AMBULANZA

 DISTRETTO PADOVA BACCHIGLIONE, DISTRETTO PADOVA
 COLLI, DISTRETTO PADOVA PIOVESE, DISTRETTO ALTA
 PADOVANA, DISTRETTO PADOVA SUD

Codifica 07.22.00

Per cittadini non trasportabili con altro mezzo ai sensi DGR 1411 del 06.09.2011
 DA CONSEGNARE NEGLI ORARI DI APERTURA DEL PUNTO UNICO DI ACCOGLIENZA
 DISTRETTUALE/SPORTELLI AMMINISTRATIVI DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ
 ALMENO 5 GIORNI LAVORATIVI PRIMA DEL TRASPORTO

<i>Dati Anagrafici Utente</i>	
Cognome:	Nome:
T.S. o C.F.:	
Telefono:	
Indirizzo domicilio:	
Destinazione del trasporto:	
Data trasporto:	Appuntamento alle ore:
Trasporto: <input type="checkbox"/> Sola andata (una tratta) <input type="checkbox"/> Con rientro (due tratte)	
Trasporto da effettuarsi in: <input type="checkbox"/> Barella <input type="checkbox"/> Sedia e peso dell'utente (solo per il Distretto dell'Alta Padovana):	
Indice Barthel	
DICHIARAZIONE DEL MEDICO CURANTE	
DICHIARO CHE IL PAZIENTE È ALLETTATO O, COMUNQUE, NON DEAMBULA E NON È TRASPORTABILE CON ALTRO MEZZO E CHE LE SUE CONDIZIONI CLINICHE IMPONGONO L'IMPEGNO DELL'AMBULANZA (di seguito barrare la casella che giustifica il trasporto)	
TRASPORTI SENZA ONERI PER L'UTENTE , perché si trova in una delle seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> LA PRESTAZIONE VIENE EFFETTUATA NEI 30 GIORNI SUCCESSIVI ALLA DIMISSIONE OSPEDALIERA <input type="checkbox"/> IL PAZIENTE DEVE ESEGUIRE CHEMIO O RADIO-TERAPIA <input type="checkbox"/> IL PAZIENTE È IN ADIMED <input type="checkbox"/> IL PAZIENTE PRESENTA PARTICOLARI CONDIZIONI DI DISAGIO SOCIO-ECONOMICO <input type="checkbox"/> IL PAZIENTE È DEGENTE IN RSA CONVENZIONATA SU POSTO LETTO AUTORIZZATO PER PRESTAZIONI NON ESEGUIBILI IN LOCO DALLO SPECIALISTA <input type="checkbox"/> IL PAZIENTE È DEGENTE PRESSO HOSPICE, OSPEDALE DI COMUNITÀ, UNITÀ RIABILITATIVA TERRITORIALE, PER PRESTAZIONI NON ESEGUIBILI IN LOCO DALLO SPECIALISTA <input type="checkbox"/> IL PAZIENTE EFFETTUA UNA PRESTAZIONE IN DAY HOSPITAL 	
TRASPORTI A PARZIALE CARICO DELL'UTENTE (30€ ANDATA + 30€ RITORNO) da pagare con bonifico bancario al seguente IBAN: IT 41 R 0306912117 100000046385 specificando la causale o alle casse automatiche (ove venga rilasciato apposito codice per la lettura ottica). <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> IL PAZIENTE È ALLETTATO PER INABILITÀ AL CONTROLLO POSTURALE <input type="checkbox"/> IL PAZIENTE HA DIFFICOLTÀ DI DEAMBULAZIONE PER CONCOMITANTI CONDIZIONI MORBOSE NON GRAVEMENTE INVALIDANTI <input type="checkbox"/> IL PAZIENTE HA UN QUALSIASI TIPO DI INVALIDITÀ ACCERTATA ANCHE DEL 100% ED INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO IN CONDIZIONI PERMANENTI DI NON DEAMBULABILITÀ 	
Altre informazioni (es.: barriere architettoniche-utente bariatrico):	

	RICHIESTA TRASPORTO IN AMBULANZA DISTRETTO PADOVA BACCHIGLIONE, DISTRETTO PADOVA COLLI, DISTRETTO PADOVA PIOVESE, DISTRETTO ALTA PADOVANA, DISTRETTO PADOVA SUD	Codifica 07.22.00	Rev.00 del 01/09/2022 Pag. 2 di 2
---	---	--------------------------	--------------------------------------

DATA RICHIESTA _____ TIMBRO E FIRMA MEDICO CURANTE: _____

VERIFICATA LA SUSSISTENZA DEI REQUISITI PER LA PRESA IN CARICO DELL'ONERE DA PARTE DEL SSR E LA PRESENZA DELL'EVENTUALE CERTIFICAZIONE NECESSARIA, IL DIRETTORE DEL DISTRETTO O SUO DELEGATO AUTORIZZA:

- IL TRASPORTO IN AMBULANZA A TOTALE CARICO SSN;
- IL TRASPORTO A PARZIALE CARICO DELL'UTENTE

DATA _____ TIMBRO E FIRMA DIRETTORE DEL DISTRETTO (O SUO DELEGATO) _____

IL TRASPORTO PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI E' SEMPRE A CARICO DELL'UTENTE:

- ACCESSO A STRUTTURE EXTRAOSPEDALIERE (ES. CENTRI DI RIABILITAZIONE);
- VISITE MEDICO-LEGALI, RICONOSCIMENTO INVALIDITÀ, VISITE INAL, IMPIANTI ED AUSILI PROTESICI (ESCLUSI GLI AUSILI PER GLI ARTI INFERIORI) ;
- TRASPORTI PER PRESTAZIONI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA PRESSO STRUTTURE ACCREDITATE E NON - TRASPORTI PER CURE TERMALI;
- VISITE SPECIALISTICHE E PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PRESSO STRUTTURE ACCREDITATE/NON ACCREDITATE PER L'ESECUZIONE DI PRESTAZIONI IN REGIME DI ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE CON ONERE A CARICO DELL'UTENTE ;
- VISITE SPECIALISTICHE E PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PRESSO STRUTTURE NON ACCREDITATE - TRASPORTI SANITARI RICHIESTI IN RAGIONE DI DIFFICOLTÀ LOGISTICHE DI NATURA NON SANITARIA O PER LA PRESENZA DI BARRIERE ARCHITETTONICHE;
- VISITE, ESAMI SPECIALISTICI PRESSO STRUTTURE DI ALTRE AULSS PER PRESTAZIONI ACCESSIBILI NELLE STRUTTURE DELL'AREA DISTRETTUALE.

I trattamenti dei dati personali, nell'ambito delle attività dello sportello on line, avvengono con le modalità descritte nell'informazione ai sensi dell'art. 13 e 14 del regolamento europeo (UE 2016/679), pubblicate nel portale aziendale (<https://www.aulss6.veneto.it/Privacy>)