



RICHIESTA DI PASSAGGIO IN CURA DA PARTE DEL MEDICO CURANTE ALL'EQUIPE DELL'HOSPICE

Io sottoscritto Dott. _____

Medico Curante del Sig. _____

Nato a _____ il _____

Richiedo

Il passaggio in cura del suddetto paziente all'assistenza globale garantita dal personale assistenziale, medico e infermieristico, dell'Hospice di Grumo Appula.

Resto disponibile ad ogni informazione ulteriore necessaria e alla collaborazione con l'équipe, fermo restando l'impegno alla ripresa in carico eventuale, in caso di ritorno a domicilio.

Tel. _____

Giorni e Orari di disponibilità telefonica _____

Data

Firma MMG

Medico Responsabile terapeutico subentrante:

Dott. _____

Per accettazione _____