

CASA MADONNA DELLA NEVE ONLUS
Via Manzoni 7
23834 PREMANA (LC)
C.F. 02177120132

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO

Il sottoscritto.....

- Ospite
- Familiare referente dell'ospite
- Tutore legale dell'ospite
- Amministratore di sostegno dell'ospite

DICHIARA

Di essere stato informato in modo chiaro ed esauriente che le disposizioni regionali vincolano l'erogazione della tariffa sanitaria alla R.S.A. per l'ospite su posto accreditato dalla Regione Lombardia all'assunzione dell'ospite da parte del medico della struttura al momento dell'entrata in Casa di Riposo.

La RSA riceve la tariffa sanitaria per gli ospiti non autosufficienti:

- Impegnandosi a fornire all'ospite l'adeguata assistenza infermieristica e riabilitativa;
- Erogando direttamente l'assistenza medica e farmaceutica e gli ausili per l'incontinenza.

DICHIARA inoltre di essere stato informato in modo chiaro ed esauriente che quanto sopra comporta la cancellazione dell'ospite dagli elenchi del proprio medico di Medicina Generale.

Luogo e data.....

Firma.....