



ALLA AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI

Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI – Tel. 0746 2781
Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577



DISTRETTO SANITARIO _____

CONSENSO INFORMATO AL RICOVERO IN RSA

Io sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ e residente in _____

informato dal dr./Ass.Soc. _____

- che la visita valutativa alla quale è stato sottoposto serve per l'accesso presso una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA);
- che la stessa è una struttura sanitaria residenziale, finalizzata a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie, assistenziali, di recupero funzionale, di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche nei confronti di persone non autosufficienti, non assistibili a domicilio e che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o nei centri di riabilitazione;
- che in qualsiasi momento il sottoscritto può fare richiesta spontanea di dimissioni;
- che il sottoscritto è tenuto a pagare una quota di partecipazione al costo del ricovero con eventuale partecipazione del Comune di residenza in base all'ISEE presentato.

DICHIARA DI

- ACCONSENTIRE al ricovero
- NON ACCONSENTIRE al ricovero

FIRMA

Lì _____

Il paziente non ha firmato perché

- Non in grado di intendere e volere
- Impossibilitato a firmare