

## ACCETTAZIONE RICOVERO U.O. DI RIABILITAZIONE PACCHETTO SOLVENTE NEURORIABILITATIVO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via / Piazza \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

dichiara di essere ricoverato come solvente presso la Casa di Cura Habilita Spa con esclusione d'ogni addebito al Servizio Sanitario Nazionale. Dichiara di accettare il tariffario del ricovero e quant'altro sotto riportato.

**comprende** il ricovero, l'assistenza medica e infermieristica di reparto e:

1. Visite mediche specialistiche neurologiche e/o fisiatriche (ingresso, dimissione ed eventuali rivalutazioni nel corso del ricovero)
2. Valutazione funzionale riabilitativa
3. Fisioterapia, terapia strumentale, robotica, logopedia, neuropsicologia, psicologia, test NFP, analisi del cammino, valutazione forza, valutazione ausili
4. Esami diagnostici, strumentali e di laboratorio
5. Farmaci e presidi medico - chirurgici

Sono invece **esclusi** dalla retta di degenza e a carico del paziente:

1. Visite mediche specialistiche non comprese nel punto 1  
compenso regolato direttamente al medico
2. Spese alberghiere extra (spese telefoniche, ....)  
a Vs. carico + Iva 22%

Tutti gli importi di spettanza della Casa di Cura Habilita saranno assoggettati al 22% di Iva

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

ZINGONIA

BERGAMO

ALBINO

BONATE SOTTO

SARNICO

CLUSONE

OSIO SOTTO

HABILITA SPA Via Bologna 1 - 24040 Zingonia di Ciserano (BG) - T +39 035 4815511 - FAX 035 882402 - C.F. e P.Iva 00765430160 - Cap. Soc. Euro 780.000 i.v.

Rea n° 171358 della C.C.I.A.A. di Bergamo - Ufficio del registro delle imprese - Tribunale di Bergamo n° 13451

Se familiare precisare estremi documento d'identità.

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Carta d'identità n° \_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Allegare copia documento d'identità**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in relazione al proprio ricovero del \_\_\_\_\_

si dichiara a conoscenza che codesta Casa di Cura è accreditata con il S.S.N.

Dichiara inoltre:

- di essere a conoscenza del fatto di poter essere ricoverato nella Unità Operativa di degenza accreditata, con la sola osservanza dei tempi previsti dalle liste d'attesa che al momento attuale si prevedono in gg. \_\_\_\_\_, senza oneri a carico;
- di scegliere, di converso e liberamente, il ricovero in forma privata;
- di assumere conseguentemente a proprio carico ed a liquidare all'atto della dimissione, tutti i corrispettivi delle prestazioni (al netto di eventuali acconti), di carattere sanitario e non, previsti dal listino prezzi della Casa di Cura di cui ha preso conoscenza.

In fede.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_