**MODELLO DI MODULO DI DIMISSIONE DEL PAZIENTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME DELL'OSPEDALE | MODULO DI DIMISSIONE DEL PAZIENTE | **IL TUO LOGO** |
| 123 Strada principale | **NOME DEL PAZIENTE** | **DATA DI AMMISSIONE** |
| Hamilton, OH 44416 |   |   |
| TELEFONO:  | **ID PAZIENTE** | **DATA DI SCARICO** |
| FAX:  |   |   |
| E-mail | **APPROVAZIONE DEL MEDICO** | **DATA DEL PROSSIMO CHECKUP** |
| Ragnatela |   |   |
|  |  |  |
| **MOTIVO DELL'AMMISSIONE** | **DIAGNOSI AL MOMENTO DEL RICOVERO** | **RIEPILOGO DEL TRATTAMENTO** |
|   |   |   |
| **MOTIVO DEL DISCARICO** | **DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE** | **ULTERIORE PIANO DI TRATTAMENTO** |
|   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **INFORMAZIONI DI CONTATTO DEL PAZIENTE** | **MEDICAZIONE** | **DOSAGGIO** | **IMPORTO** | **FREQUENZA** | **DATA DI FINE** |
| **INDIRIZZO** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| **TELEFONO** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| **E-MAIL** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| **FIRMA** | **NOTE** | **STATO DEL PAZIENTE** |
|   |   | **DEFUNTO** | **TRASFERITO** | **TERMINATO** |
| **DATA DELLA FIRMA** |   |   |   |
|   |

|  |
| --- |
| **DISCONOSCIMENTO**Tutti gli articoli, i modelli o le informazioni fornite da Smartsheet sul sito Web sono solo di riferimento. Mentre ci sforziamo di mantenere le informazioni aggiornate e corrette, non rilasciamo dichiarazioni o garanzie di alcun tipo, esplicite o implicite, circa la completezza, l'accuratezza, l'affidabilità, l'idoneità o la disponibilità in relazione al sito Web o alle informazioni, agli articoli, ai modelli o alla grafica correlata contenuti nel sito Web. Qualsiasi affidamento che fai su tali informazioni è quindi strettamente a tuo rischio. |