



**Casa di Cura Privata "DI LORENZO" spa**

**Direttore Sanitario: Dott. Angelo Petroni**

Via Vittorio Veneto, 37 67051 Avezzano (Aq)

tel 0863 4281 fax 0863 412446 e-mail: info@dilorenzo.it www.dilorenzo.it

**REPARTO.....**

Avezzano lì.....

Sig.....

Data di nascita.....Tel.....

Diagnosi.....

Regime di ricovero: Ordinario Day Hospital/Day Surgery Ambulatoriale

Data prenotazione ricovero.....

Data ricovero.....alle ore.....

Medico curante.....

**• Il/la paziente deve effettuare gli esami/visite previsti dal:**

- Profilo 1**
- Profilo 2**
- Profilo 3**
- Profilo 4**
- Profilo 5**
- Profilo Età minore <18 anni**
- Profilo Cataratta e/o interventi in anestesia locale**

Ulteriori esami richiesti.....

Motivo della richiesta.....

NOTE.....

Il/la paziente dichiara di essere consapevole delle agevolazioni previste per gli accertamenti in preospedalizzazione finalizzati all'intervento chirurgico programmato come sopra descritto.

Pertanto qualora decidesse di non effettuare più l'intervento chirurgico, si impegna con la presente al pagamento degli esami eseguiti.

Firma.....