

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577

UOC DISTRETTO SABINO

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

_____ Lì _____

FIRMA del paziente

Il paziente non ha firmato perché:

- Non in grado di intendere e volere
 Impossibilitato a firmare

FIRMA del delegato
