



CROCE GIALLA SPINEA - O.N.L.U.S.
P.A.V. - Pubblica Assistenza Volontaria
Registro Regionale Volontariato cod. VE 0045
Registro Regionale Protezione Civile cod. PCVOL-05-A-0184-VE-13
Registro Regionale delle Persone Giuridiche di Diritto Privato n. 757
Centro di Formazione BLSD accreditato Regione Veneto cod. 009/CREU



SCHEDA RICHIESTA TRASPORTO SANITARIO DA PERSONE FISICHE (CITTADINI)					
Data richiesta:				Ora richiesta:	
Cognome e Nome Richiedente:			Telefono Richiedente:		
Cognome e Nome Paziente:			Telefono Paziente:		
Data di nascita:		Luogo di nascita:			
Residenza a:		Via / P.zza:		C.A.P.:	
Partenza da:					
Reparto:					
Data appuntamento:		Ora appuntamento:			
Arrivo a:					
Reparto:					
Motivo del trasporto:		☐ ESAME ☐ VISITA ☐ RICOVERO ☐ DIMISSIONE ☐ TRASFERIMENTO			
		☐ ALTRO:			
Condizioni fisiche:		☐ DEAMBULANTE ☐ NON DEAMBULANTE		PESO:	
Trasporto da effettuare su:		☐ BARELLA ☐ SEDILE AMB.		Ossigenoterapia: ☐ SI ☐ NO	
Piano abitazione:		Presenza Ascensore:		☐ SI ☐ NO ☐ ACCESSIBILE PORTANTINA	
Patologie in atto:		☐ SI ☐ NO		Se SI specificare:	
Malattie infettive:		☐ SI ☐ NO		Se SI specificare:	
Presenza traumi:		☐ SI ☐ NO		Se SI specificare:	
Presenza fratture:		☐ SI ☐ NO		Se SI specificare:	
Problemi Psichiatrici:		☐ SI ☐ NO		Se SI specificare:	
Problemi Neurologici:		☐ SI ☐ NO		Se SI specificare:	
Accompagnato da:		☐ FAMILIARE ☐ O.S.S. ☐ BADANTE ☐ ALTRO:			
Cognome e Nome Accompagnatore:					