



**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. RV009



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:	<input type="checkbox"/> ESAME <input type="checkbox"/> VISITA <input type="checkbox"/> RICOVERO <input type="checkbox"/> DIMISSIONE <input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO <input type="checkbox"/> ALTRO:		
Condizioni fisiche:	<input type="checkbox"/> DEAMBULANTE <input type="checkbox"/> NON DEAMBULANTE	PESO:	
Trasporto da effettuare su:	<input type="checkbox"/> BARELLA <input type="checkbox"/> SEDILE AMB.	Ossigenoterapia:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Piano abitazione:		Presenza Ascensore:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ACCESSIBILE PORTANTINA
Patologie in atto:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI specificare:	
Malattie infettive:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI specificare:	
Presenza traumi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI specificare:	
Presenza fratture	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI specificare:	
Problemi Psichiatrici:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI specificare:	
Problemi Neurologici:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI specificare:	
Accompagnato da:	<input type="checkbox"/> FAMILIARE <input type="checkbox"/> O.S.S. <input type="checkbox"/> BADANTE <input type="checkbox"/> ALTRO:		
Cognome e Nome Accompagnatore:			