

AREA RISORSE UMANE, AMMINISTRAZIONE E BILANCIO

U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA DISTRETTI

Roma, 25-05-2009
Prot. n. 27/DAD

~~Al Centro Dialisi~~ ASSOCIAZIONE MALATI DI RENI
ONLUS C/O SERVIZIO P.I.
NEFROLOGIA E DIALISI
Associazione OSPEDALE S. SPIRITO

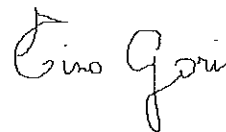
OGGETTO: Trasporto dializzati in ambulanza.

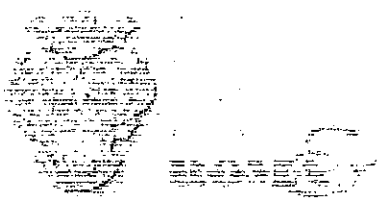
Si fa richiesta agli Enti in indirizzo di collaborare, per quanto possibile, ad informare i soggetti dializzati sulla corretta procedura da seguire per usufruire, in caso di necessità, del servizio di trasporto in ambulanza dal proprio domicilio al Centro Dialisi e viceversa, assicurato direttamente dall'Azienda, ai sensi dell'art. 1 punto 3 della DGR n. 1614/2001. Ciò al fine di evitare spiacevoli dinieghi di rimborso per i cittadini che non abbiano rispettato la suddetta procedura, e si siano rivolti direttamente a soggetti privati, cosa ammissibile, ai sensi della citata DGR, solo nei casi in cui le ASL non abbiano provveduto ad organizzare il servizio.

A tal fine si chiede cortesemente di affiggere in maniera visibile l'avviso all'utenza allegato alla presente, e di fornire agli interessati che ne facciano richiesta l'allegato fac-simile di richiesta di trasporto con ambulanza, da inviare anche via fax al Centro di riferimento Dialisi dell'Ospedale S. Spirito.

Ringraziando per la collaborazione che si vorrà fornire, nell'interesse dell'utenza e per una migliore efficacia dell'assistenza fornita, si porgono distinti saluti.

IL RESPONSABILE DELLA U. O. C.
DIREZIONE AMMINISTRATIVA DISTRETTI
dott. Tino Gori





Responsabile Centro di Riferimento Dialisi
Ospedale S. Spirito
fax 06-68352372

**Richiesta di trasporto con ambulanza
dalla propria abitazione al Centro Dialisi e viceversa**

Il/la sottoscritto/a _____
cognome _____ nome _____

nato a _____ (prov.) _____ il _____

residente in Roma Via/Piazza _____ int _____

tel _____ cell _____

CHIEDE

ai sensi della **D.G.R. n° 1614/2001**, il trasporto con Ambulanza dal proprio domicilio al Centro Dialisi

_____ indicare il Centro Dialisi

per poter effettuare la dialisi nei giorni _____

dalle ore _____ alle ore _____

Si allega la certificazione del nefrologo del Centro Dialisi attestante la condizione che rende necessario il trasporto con ambulanza dalla propria abitazione al Centro Dialisi e viceversa.

Roma, li _____

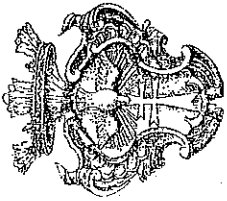
Firma

Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D. Lgs. 196/03)

Preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali acconsento alla raccolta e al trattamento dei miei dati personali nella misura necessaria al raggiungimento di quanto richiesto e comunque nel rispetto del D.Lgs. 196/2003.

Roma, li _____

Firma



Azienda
Unità
Sanitaria
Locale

ROMA



Regione
Lazio

AVVISO AGLI UTENTI

TRASPORTO IN AMBULANZA per e da il Centro Dialisi

DGR 1614/2001

Si ricorda che il trasporto in ambulanza è riservato ai **residenti in condizioni di totale non autosufficienza e che ne abbiano fatto preventiva richiesta.**

A tal fine è necessario che il paziente inoltri la richiesta al Responsabile del Centro di Riferimento Dialisi dell'Ospedale S. Spirito (anche via fax 06-68352372) allegando il certificato del Centro dove effettua la dialisi che specifichi:

- la situazione generale di salute e l'indicazione al trasporto in ambulanza
- la tipologia del trattamento dialitico
- il numero e la cadenza settimanale dei trattamenti

La ASL RME provvederà, direttamente o tramite convenzione con erogatori esterni, ad assicurare il trasporto dal domicilio al Centro Dialisi e viceversa dei residenti sul proprio territorio.

Non sarà possibile procedere al rimborso per il trasporto in ambulanza qualora non sia stata presentata la richiesta nei modi previsti o la stessa non sia stata autorizzata dal Responsabile del Centro di Riferimento Dialisi dell' Ospedale S. Spirito.