

HSP.11bis - DATI ANAGRAFICI DEGLI ISTITUTI FACENTI PARTE DELLA STRUTTURA DI RICOVERO

A DENOMINAZIONE _____

B CODICE STRUTTURA _ _ _ _ _ _ _	C SUB-CODICE _	D CODICE U.S.L./AZ.OSP. _ _ _	E ANNO _ _ _
---	---------------------------	--	-------------------------

F

PARTITA IVA: |_|_|_|_|_|_|_|_|
 INDIRIZZO: _____
 COMUNE: |_|_|_|_|_| _____
codice ISTAT denominazione del Comune Provincia

C.A.P. |_|_|_|_|_|
 TELEFONO |_|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|
 FAX |_|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|
 E-MAIL _____@_____
 SITO WEB _____
 CODICI "OLD" |_|_|_|_|_|_|_|_|
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_

DATA DI APERTURA |_|_|_|_|_| |_|_|
giorno mese anno

DATA DI CHIUSURA |_|_|_|_|_| |_|_|
giorno mese anno

G

BARRARE LA CASELLA SE LA STRUTTURA SVOLGE ESCLUSIVAMENTE ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE:

BARRARE LA CASELLA SE LA STRUTTURA SVOLGE ESCLUSIVAMENTE ATTIVITÀ CHIRURGICA IN DAY SURGERY:

BARRARE LA CASELLA SE LA STRUTTURA SVOLGE PREVALENTEMENTE ATTIVITÀ PEDIATRICA (Ospedale pediatrico):

H CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE

(barrare la casella se il servizio è attivo)

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA: PRIMO LIVELLO SECONDO LIVELLO

PRONTO SOCCORSO PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO

CENTRO O SERVIZIO TRASFUSIONALE SERVIZIO DI RIANIMAZIONE SERVIZIO DI RADIOTERAPIA

SERVIZIO DI _____ SERVIZIO DI ONCOLOGIA MEDICA SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Indicare il numero di:
 SALE OPERATORIE |_|_|_| NUMERO POSTI IN CAMERE IPERBARICHE |_|_|_| INCUBATRICI |_|_|_| CULLE |_|_|_|

Per il servizio di PRONTO SOCCORSO indicare il numero per le seguenti voci:

AMBULANZE DI TIPO "A" |_|_|_|_| AMBULANZE PEDIATRICHE |_|_|_|_|
 di cui con medico |_|_|_|_| AMBULANZE DI TIPO "B" |_|_|_|_|
 UNITA' MOBILI DI RIANIMAZIONE |_|_|_|_| AMBULANZE TRASPORTO EMERGENZA NEONATO |_|_|_|_|

Data

Il Funzionario responsabile