



PRESA IN CARICO DEGLI EFFETTI PERSONALI

Data _____ ore _____

Il sottoscritto _____

Dichiara di prendere in consegna gli effetti personali di seguito elencati

Del Sig./ra _____

Proveniente da PS altro reparto _____

Si ricovera in: UTIC CARDIOLOGIA RIANIMAZIONE ALTRO _____

TIPO	PRESENTE	QUANTITA'	NOTE
Indumenti			
Scarpe/ciabatte			
Orologio			
Anello			
Bracciale			
Collana			
Orecchini			
Occhiali			
Protesi dentaria			
Protesi acustica			
Cellulare			
Caricabatterie			
Tablet			
Portafogli			
Bancomat/carte di credito			
Documenti			
Contanti			
Chiavi abitazione/altro			
Chiavi auto			
Altro (specificare nelle note)			

Firma di presa in carico degli effetti personali

Firma del paziente che consegna gli effetti

CONSEGNA EFFETTI PERSONALI

Data _____ Ora _____

Personale che consegna		Firma
Personale che riceve		Firma
Degente		Firma
Familiare		Firma e grado di parentela