

**SCHEDA MULTILINGUE DI ACCOGLIENZA DEI PAZIENTI STRANIERI in PRONTO SOCCORSO****MULTILINGUAL RECEPTION FORM FOR FOREIGN PATIENTS IN THE ER**

Pagina 1/2 Page 1/2

GENT.LE SIGNORA/E, IN QUESTO MOMENTO SI TROVA AL PRONTO SOCCORSO DELL'OSPEDALE **SANTO SPIRITO / SAN FILIPPO NERI / OFTALMICO** QUESTE DOMANDE LE SONO RIVOLTE PER PRESTARLE UNA MIGLIORE ASSISTENZA. LA PREGHIAMO DI RISPONDERE CON LA MASSIMA PRECISIONE.

DEAR PATIENT, YOU ARE NOW IN THE EMERGENCY ROOM OF **S. SPIRITO/S. FILIPPO NERI HOSPITAL** THE FOLLOWING QUESTIONS ARE MEANT TO HELP US IN PROVIDE THE BEST OF YOUR ASSISTANCE PLEASE ANSWER AS PRECISELY AS POSSIBLE.

CHER MONSIEUR/ CHERE MADAME EN CET MOMENT VOUS ÊTES À L'HÔPITAL DE **SANTO SPIRITO/ S.FILIPPO NERI** ON VOUS POSE CETTE QUESTIONS POUR VOUS PRETER LA MEILLEURE ASSISTANCE POSSIBLE. MERCI DE RÉPONDRE AVEC UNE EXTREME PRECISION

ESTIMADO/A SEÑOR/SEÑORA EN ESTE MOMENTO USTED SE ENCUENTRA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOPITAL **S.SPIRITO/SFN** LAS PREGUNTAS QUE ENCONTRARA PARA CONOCER MEJOR SU SITUACION Y DARLE ASI LA MEJOR ASISTENCIA POSIBLE LE ROGAMOS QUE RESPONDA CON PRECISION

SIE BEFINDEN SICH IN DER NOTHAUFNAHME DES KRANKENHAUSES **SANTO SPIRITO/S.FILIPPO NERI** DIE FOLGENDEN FRAGEN SOLLEN HELFEN SIE GUT ZU VERSORGEN BITTE ANTWORTEN SIE SO GENAU WIE MÖGLICH.

- Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze penali, in caso di dichiarazioni false, (Art. 491 Codice Penale Italiano) sotto la propria responsabilità, dichiara quanto segue ai sensi del DPR 445/2000ss.mm.ii.
- The undersigned, aware of the criminal consequences, in case of false declarations, (Art. 491 Italian Penal Code) under my own responsibility declares the following pursuant to Presidential Decree 445/2000
- Le soussigné, conscient des conséquences pénales en cas de fausses déclarations (art. 491 du Code pénal italien), sous ma propre responsabilité, déclare ce qui suit conformément au décret présidentiel 445/2000
- Der Unterzeichner, der sich der strafrechtlichen Konsequenzen im Falle falscher Angaben bewusst ist (Art. 491 des italienischen Strafgesetzbuchs), erklärt auf eigene Verantwortung gemäß dem Präsidialerlass 445/2000
- El abajo firmante, consciente de las consecuencias penales en caso de declaraciones falsas (artículo 491 del Código Penal italiano), declara bajo su propia responsabilidad lo siguiente en virtud del Decreto Presidencial 445/2000

**ANAGRAFICA PAZIENTE- PATIENT REGISTRY - REGISTRO DE PACIENTES -
REGISTRE DES PATIENTES – PATIENTENREGISTER**

1 COGNOME NOME—LAST NAME FIRST NAME—
NOM PRENOM—APPELLIDO NOMBRE—NACHNAME
NAME

2 LUOGO DI NASCITA, STATO—PLACE OF BIRTH,
COUNTRY—LIEU DE NAISSANCE, NATIONALITE—LUGAR
DE NACIMIENTO, PAIS—GEBURTSORT

3 DATA DI NASCITA-DATE OF BIRTH-DATE DE NAISSANCE-FECHA DE
NACIMIENTO-GEBURTSDATUM

4 CITTADINANZA-CITIZENSHIP-CITOYENNETÉ CIVILIDAD-
STAATSANGEHÖRIGKEIT

5 DOMICILIO—ADRESS-DOMICILE—DIRECCION—ANSCHRIFT

6 RESIDENZA-RESIDENCE-RÉSIDENCE-RESIDENCIA-RESIDENZ

7 DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO/IDENTITY DOCUMENT :

8 CODICE FISCALE

8 email

9 Telephon

10 TEAM / EHIC (EUROPEAN HEALTH INSURANCE CARD) number.

11 PROVISIONAL REPLACEMENT EHIC CERTIFICATE: number.....

12 () ENI code: () **13 STP code** :.....

14 Attestato da Stato Convenzionato/ certified by the state with convention

COGNOME NOME—LAST NAME FIRST NAME—NOM PRENOM—APPELLIDO NOMBRE—NACHNAME NAME

Pagina 2/2 Page 2/2

15 Non ha Titolo di Assistenza. Motivo / He does not have a title for assistance. Reason/ Ne possède pas de titre d'assistance. Raison / Hat Keinen Assistenztitel. Grund/ No tiene título de asistencia. Razón :

16 PRIVATE HEALTH INSURANCE CARD: INSURANCE COMPANY, POLICY DETAILS, TIME COVERAGE

CARTE D'ASSURANCE MALADIE PRIVÉE: COMPAGNIE D'ASSURANCE, DÉTAILS DE LA POLICE, COUVERTURE TEMPORELLE

PRIVATE KRAKENVERSICHERUNGSKARTE: VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT, EINZELHEITEN ZUR VERSICHERUNGSPOLICE, ZEITLICHER GELTUNGSBEREICH --TARJETA SANITARIA PRIVADA: COMPAÑÍA DE SEGUROS, DETALLES PÓLIZA, COBERTURA

- Always attach identification document – copy of the title / Those who have a title but do not have one at the time of admission are required to pay. They will be able to request reimbursement from their State
 - Joignez toujours une pièce d'identité – copie du titre/ Ceux qui ont un diplôme mais n'en ont pas au moment de l'admission sont tenus de payer. Ils pourront demander le remboursement à leur Etat
 - Fügen Sie immer einen Ausweis bei- Kopies des titres / Wer über einen Abschluss verfügt, aber zum Zeitpunkt der Zulassung noch keinen besitzt, ist zahlungspflichtig. Sie können von ihrem Staat eine Erstattung beantragen
 - Adjunte siempre un documento de identificación – copia del título/ Aquellos que tienen una calificación pero no la tienen al momento de la admisión deben pagar. Podrán solicitar reembolso a su Estado
- Data/Date _____ The declarant/ Le déclarant/ El declarante / Der Anmelder _____

17 PERSONE OBBLIGATE AL PAGAMENTO. FIRMA / PERSON OBLIGED TO PAY. SUBSCRIPTION
PERSONNES AYANT UNE OBLIGATION DE PAYER. SIGNATURE / PERSONEN MIT ZAHLUNGSPFLICHT
UNTERSCHRIFT / PERSONAS CON OBLIGACIÓN DE PAGO. FIRMA

-We inform you that according to current legislation, (*) the patient who does not have a Health Care Certificate from a Public or Private Institution must pay the expenses incurred by this Hospital for the services he has received, diagnosis, treatment and/or rehabilitation. Having read the above information, you hereby undertake to comply with the payment of the expenses incurred during the use of the treatments you received. From Day _____ to day _____

--Nous vous informons que selon la législation en vigueur, (*) le patient qui ne dispose pas d'un certificat de soins d'un établissement public ou privé doit payer les dépenses engagées par cet hôpital pour les services qu'il a reçus, le diagnostic, le traitement et/ou la réadaptation. Après avoir pris connaissance des informations ci-dessus, vous vous engagez à respecter le paiement des dépenses occasionnées par l'utilisation des soins que vous avez reçus. Du jour _____ Au _____

--Wir informieren Sie darüber, dass gemäß der geltenden Gesetzgebung (*) der Patient, der nicht über ein Gesundheitszertifikat einer öffentlichen oder privaten Einrichtung verfügt, die Kosten tragen muss, die diesem Krankenhaus für die von ihm erhaltenen Leistungen, Diagnose, Behandlung und/oder Rehabilitation entstehen. Nachdem Sie die oben genannten Informationen gelesen haben, verpflichten Sie sich hiermit zur Zahlung der Kosten, die durch die Inanspruchnahme der von Ihnen erhaltenen Behandlungen entstehen. Vom _____ bis _____

--Le informamos que de acuerdo a la legislación vigente, (*) el paciente que no cuente con un Certificado de Atención en Salud de una Institución Pública o Privada deberá pagar los gastos que incurra en este Hospital por los servicios que haya recibido, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación. Leída la información anterior, usted se compromete a cumplir con el pago de los gastos ocasionados por la utilización de los tratamientos que recibió. Del _____ Al _____

(*) DGR 20 del 18.01.2008 (art. 34 Regolamento CEE n. 574/72 - Ue) ed extracomunitari (Convenzione bilaterale tra lo Stato Italiano e lo Stato di appartenenza)

Data/Date _____ The Declarant/ Le déclarant/ El declarante/ Der Anmelder _____

COMPILAZIONE A CURA DELLA INTERNATIONAL CARE Srl

In base alle dichiarazioni sottoscritte dell'utente si indica quale onere assistenziale

() 1 SSN () 3 No SSN - Assistenza Indiretta UE TEAM- EHC () 4 No SSN - Pagante con Assicurazione o in Proprio () A Stp Indigente con rimborso Min. Salute () C Paesi in Convezione () ENI – Europeo non iscritto e indigente Operatore I.C.R. _____