



Malnate - Offerta ricovero riabilitativo regime privato

OFFERTA RICOVERO CURE INTERMEDIE REGIME PRIVATO

CONTRATTO D'INGRESSO IN DEGENZA – REGIME PRIVATO

TRA

Nome e Cognome _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

Codice fiscale _____

Telefono _____ E-mail _____

Periodo presunto di ricovero: dal ____/____/____ al ____/____/____

Paziente in Possesso di Assicurazione sanitaria ☐ Sì ☐ No

Se sì, indicare nome Assicurazione _____

In qualità di:

☐ DIRETTO INTERESSATO ALL'AMMISSIONE

(di seguito: "**Paziente**")

E (eventuale)

Nome e Cognome _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

Codice fiscale _____

Telefono _____ E-mail _____

In qualità di rappresentante del **Paziente**:

☐ PARENTE

☐ TUTORE

☐ CURATORE

☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (nei limiti della disponibilità economica del Paziente e con le prescrizioni previste nel decreto di nomina del Giudice Tutelare)

☐ GARANTE

☐ ALTRO AVENTE TITOLO DI _____


(di seguito: "**Rappresentante del Paziente**")

E

La struttura di Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS, denominata: _____

(di seguito: "**Struttura**")

Di seguito congiuntamente anche le "Parti"

MGF.SMOP.05a Rev. 01 del 01/01/2026 Pag. 2/5	Servizio Marketing e Sviluppo Offerta Privata	Fondazione Don Carlo Gnocchi Direzione Generale	
Malnate - Offerta ricovero riabilitativo regime privato			

CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE

Art. 1 DETERMINAZIONE DELLA TARIFFA

A fronte della richiesta di degenza privata, si propone la seguente tipologia di **ricovero riabilitativo**:

<input type="checkbox"/>	Nucleo Cure Intermedie - FINO A 7 TRATTAMENTI RIABILITATIVI (Camera Doppia) 185.00 euro/gg
<input type="checkbox"/>	Nucleo Cure Intermedie - FINO A 10 TRATTAMENTI RIABILITATIVI (Camera Doppia) 205.00 euro/gg

Tale tipologia è proposta sulla base dell'inquadramento effettuato dal personale medico di Fondazione a valle dell'analisi della documentazione clinica presentata in sede di richiesta di ricovero. L'inquadramento tiene in considerazione la complessità clinico-assistenziale ed il percorso riabilitativo.

Il numero e la tipologia di prestazioni riabilitative sono stabiliti dal personale medico della Struttura in funzione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) redatto all'inizio del ricovero.

Sulla base delle attuali informazioni e valutazioni la durata del ricovero è stimata in gg. _____ da confermare entro 7 giorni dall'inizio del ricovero stesso o sulla base di valutazioni successive e comunque modificabile per cambiamenti significativi delle condizioni di salute del paziente.

La tariffa giornaliera a Lei riservata (dettagliata in fattura e comprensiva della quota comfort) è di Euro _____ (in lettere _____). Si precisa che la quota comfort esplicitata in fattura è imponibile ai fini Iva e non detraibile fiscalmente.

Si riporta di seguito il preventivo complessivo:

Tariffa Giornaliera (€)	
Stima giorni di degenza (prevista)	
Stima importo totale (€)	

Tale tariffa potrà essere confermata o modificata in sede di valutazione da parte del medico che prenderà in carico il paziente il primo giorno del ricovero e sarà cura della struttura comunicarlo al paziente e ai suoi caregiver al termine di tale valutazione.

Si precisa inoltre che l'inquadramento del paziente effettuato all'ingresso della struttura sarà oggetto di rivalutazioni periodiche i cui esiti saranno comunicati a paziente e caregiver.

Art. 2 PRESTAZIONI COMPRESSE NELLA TARIFFA

La tariffa giornaliera comprende servizi sanitari, assistenziali e riabilitativi previsti nel Progetto Riabilitativo Individuale, che prevede le seguenti aree d'intervento:

- Presa in carico da parte del Medico Specialista con stesura e monitoraggio del Progetto riabilitativo
- Prestazioni mediche, infermieristiche ed assistenziali 24 ore/24
- Fornitura di farmaci e presidi compresi nel Prontuario Terapeutico della Struttura
- Trattamenti riabilitativi inclusi nel progetto riabilitativo



Malnate - Offerta ricovero riabilitativo regime privato

Art. 3 PRESTAZIONI NON COMPRESSE NELLA TARIFFA

Sono escluse dalla tariffa giornaliera eventuali altre prestazioni e/o servizi che non sono compresi all'Art. 2 PRESTAZIONI COMPRESSE NELLA TARIFFA, e che verranno fatturati sulla base dell'effettiva esecuzione o fruizione; il loro costo è indicato in un apposito tariffario consultabile presso il Servizio Accoglienza.

Art. 4 INGRESSO NELLA STRUTTURA

Al momento dell'ingresso il Paziente dovrà presentare i seguenti documenti personali:

- tessera sanitaria
- documento d'identità
- richiesta di ricovero e documentazione sanitaria relativa allo stato clinico e alle terapie farmacologiche in corso
- eventuale documentazione attestante coperture assicurative (convenzioni, fondi integrativi, casse mutue, ...)

Art. 5 IMPEGNI DEL PAZIENTE

Il Paziente/Rappresentante del Paziente si obbligano alla corresponsione dell'importo della retta di cui all'Art.1 quale corrispettivo delle prestazioni rese dalla Struttura. Essi si obbligano inoltre a rispettare ed osservare il presente contratto e tutte le norme statutarie e regolamentari in vigore nella Struttura. Il Paziente è direttamente responsabile della custodia del denaro e degli oggetti di sua proprietà. La Struttura declina ogni responsabilità in caso di smarrimento, ammanchi o furto di tali oggetti di valenza personale.

Art. 6 MODALITA' DI USCITA E RIENTRO NELLA STRUTTURA

È possibile uscire eccezionalmente dalla Struttura previa autorizzazione scritta del Medico Responsabile del paziente e solo nei momenti in cui il Paziente non è impegnato nei trattamenti. Resta inteso che la tariffa giornaliera applicata sarà comunque da corrispondere.

Il Paziente è consapevole dei rischi a cui potrebbe incorrere durante la permanenza fuori dalla Struttura e pertanto manleva la Struttura da qualsiasi evento dannoso dovesse capitargli e dalle eventuali conseguenze che ne derivassero.

Tale manleva si dichiara attraverso la sottoscrizione dell'autorizzazione all'uscita.

Le uscite dalla Struttura verranno indicate nella Cartella Clinica a cui verrà allegata l'autorizzazione all'uscita e la dichiarazione di manleva.

Art. 7 DIMISSIONI, ASSENZE E PREAVVISO

Le dimissioni del Paziente possono avvenire per fine ricovero o per dimissioni volontarie. Al momento delle dimissioni verranno consegnati al Paziente:

- lettera di dimissioni
- la documentazione consegnata dal Paziente al momento del ricovero
- eventuali referti di visite specialistiche e di esami strumentali effettuati durante il ricovero presso la Struttura (entro 15 gg.)

In caso di dimissioni volontarie il Paziente dovrà comunicarlo con un anticipo di almeno 3 gg. Il mancato preavviso nei termini indicati, comporterà l'addebito dei giorni di mancato preavviso.



Malnate - Offerta ricovero riabilitativo regime privato

Le dimissioni volontarie richiedono comunque il parere favorevole scritto del Responsabile Sanitario, riportato in Cartella Clinica, in caso contrario il paziente potrà lasciare la Struttura firmando l'apposita liberatoria.

In caso di episodi che necessitano il trasferimento del paziente presso una struttura per acuti e il pernottamento presso tale struttura, Fondazione non potrà garantire il mantenimento del posto letto. Nel caso in cui il paziente avesse necessità di tornare presso la nostra struttura, il ricovero verrà quindi riprogrammato compatibilmente con le disponibilità. Qualora il paziente intendesse mantenere il posto letto dovrà provvedere al pagamento dell'intera retta di degenza stabilita a contratto. Anche per i pazienti assicurati in forma diretta, in caso di trasferimento presso altra struttura è necessario dimettere il paziente e chiudere la pratica assicurativa; rimane a carico del paziente l'eventuale costo del mantenimento del posto letto.

Art. 8 COPIA CARTELLA CLINICA

È possibile ottenere gratuitamente la prima copia della Cartella Clinica del Paziente. Per le eventuali successive copie è previsto il pagamento anticipato delle relative spese facendone richiesta al Servizio Accoglienza. La Cartella Clinica potrà essere consegnata entro 30 gg. al diretto interessato o a persona da lui delegata o inviata al domicilio.

Art. 9 MODALITA' DI PAGAMENTO

I pagamenti si possono effettuare nelle seguenti modalità:

- Bancomat, carta di credito o debito
- Assegno bancario
- Contante (nei limiti di legge)
- Bonifico bancario anticipato, intestato a "Fondazione Don Carlo Gnocchi - Onlus" codice IBAN: **IT48N0503450620000000001094** (con causale: Nome e Cognome Paziente, numero di fattura)

In caso di bonifico, si richiede l'invio della contabile al seguente indirizzo email: sua.malnate@dongnocchi.it

La retta viene fatturata all'inizio di ogni mese di competenza (fatto salvo il rimborso con nota di credito nel caso di dimissioni anticipate rispetto alla fine dello stesso mese) e deve essere pagata nelle modalità sopra indicate.

Si precisa che la prima retta di ricovero deve essere pagata presso il Servizio Unico Accoglienza il primo giorno di degenza.

Per **Pazienti titolari di polizza sanitaria con Assicurazioni o Fondi convenzionati in forma diretta** è richiesta anche la **sottoscrizione della Lettera di Impegno**, insieme al presente contratto.

Art. 10 MANCATO PAGAMENTO DELLA RETTA

In caso di mancato pagamento nei termini previsti e comunque entro 15 giorni dall'emissione della fattura, il contratto si intende risolto di diritto e il Paziente ha l'obbligo di lasciare la Struttura, fatta salva, per quest'ultima, la possibilità di agire presso le competenti sedi per il recupero dei crediti stessi.

Art. 11 TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La Struttura tratterà i dati personali del Paziente nel rispetto delle previsioni di cui al Regolamento UE 2016/679 e del Codice Privacy (così come modificato dal D.Lgs. 101/2018). Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016, l'informativa per il trattamento dei dati personali del Paziente da parte di Fondazione Don Carlo Gnocchi – ONLUS, in qualità di Titolare del trattamento, è consultabile sul sito www.dongnocchi.it, nella sezione Privacy. Resta inteso che è garantito il segreto



Malnate - Offerta ricovero riabilitativo regime privato

professionale relativamente a tutte le informazioni di carattere privato e personale del Paziente che emergano durante la degenza.

Art. 12 INFORMATIVA SUL RICOVERO

Il Paziente dichiara di essere a conoscenza che la Struttura è accreditata con il S.S.N., per cui potrebbe usufruire di alcuni servizi / prestazioni senza alcun onere economico a proprio carico, nei limiti imposti dalla normativa e nei tempi previsti dalle liste di attesa. Dichiara altresì di essere a conoscenza che con questa modalità di ricovero tutte le prestazioni sanitarie erogate e i servizi di accoglienza usufruiti a fronte del ricovero sono a carico del Paziente come indicato all'art. 2. Il Paziente approva ed accetta espressamente quanto previsto nella presente offerta e presta il consenso al ricovero.

Letto, approvato e sottoscritto

Luogo e data _____

Firma leggibile del Paziente _____

Firma leggibile del Rappresentante del Paziente (ove applicabile) _____