

Allegato 1

AZIENDA SANITARIA U.S.L. n°

ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATAGeneralità dell'assistito:

Cognome e Nome:

Data di nascita: Codice Individuale:

Stato civile: Eventuale esenzione:

Comune di residenza: Indirizzo:

Familiare di riferimento: Tel.:

Abitazione: Barriere: NO SI (specificare:.....)Servizi igienici: accessibili con problemi Riscaldamento: autonomo necessaria sorveglianza

DIAGNOSI CIRCOSTANZIATA:

.....

.....

ALLETTAMENTO: SI NO PARZIALE FREQUENZA DEGLI ACCESSI: - SETTIMANALE - QUINDICINALE - MENSILE

Timbro e Firma del Medico

Data:

.....

Firma dell'assistito o del familiare responsabile dell'assistenza o dell'operatore del competente servizio sanitario o sociale (anche relativamente ai diritti ed ai limiti di cui alla legge 676/96):

.....

