

PROPOSTA DI ATTIVAZIONE DI CURE DOMICILIARI

Il/la Sottoscritto/a Dott. _____ MMG/PLS/Specialista amb./Medico Ospedaliero
chiede

attivazione/ proroga delle Cure Domiciliari a favore dell'assistito:

Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ il ___/___/___

Residente a _____ in via _____ n. _____

C.F. _____

Familiare di riferimento: Marito / Moglie Figlio Nuora/Genero Altro _____

Cognome _____ Nome _____ Residente a _____

Via _____ n. _____ Tel. casa _____ Cell _____

domicilio: Luogo _____ Via _____ n. _____

Provenienza del Paziente: Domicilio Dimissione Ospedaliera Dimissione RSA Altro

Tipologia di proposta: Prima attivazione Rivalutazione

Motivo per il quale si richiede attivazione ADI

Patologie Concomitanti

Condizione clinica stabile instabile

Stato cognitivo normale parzialmente deficitario inadeguato

Deambulazione autonoma assistita non deambulante

Nucleo Familiare vive da solo vive con coniuge (età _____) altri familiari _____

comunità _____

Data _____

Timbro e Firma del Proponente

Il Familiare /assistente/badante di riferimento , deve allegare copia della propria tessere sanitaria più quella dell'assistito.