

RIPORTARE COGNOME/I E NOME UTENTE _____

MEDICO DI MEDICINA GENERALE:

COGNOME E NOME _____

_____ TELEFONO AMBULATORIO _____ / _____

TELEFONO ABITAZIONE _____ / _____ CELLULARE.: _____

SERVIZIO INFERMIERISTICO

SI NO

COGNOME E NOME REFERENTE/INFERMIERE _____

ENTE _____

TELEFONO/I _____

ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

SI NO

FREQUENZA: TUTTI I GG. BISETTIMANALE SETTIMANALE ALTRO _____

COGNOME E NOME INFERMIERE _____

TELEFONO/I _____

SCHEDA SANITARIA (DA COMPILARE CON LA COLLABORAZIONE DEL MEDICO CURANTE)

UTENTE: AFFEZIONI PREVALENTI (STAMPATELLO LEGGIBILE): _____

ULTIMO RICOVERO _____ / _____ / _____ PRESSO OSPEDALE: _____

BARRARE LE VOCI DI PERTINENZA

AUTOSUFFICIENZA: T P N (T=TOTALE; P=PARZIALE; N=NON AUTOSUFFICIENZA)

SITUAZIONE DI RISCHIO SANITARIO

BISOGNO DI ASSISTENZA POST-OSPEDALIERA CONDIZ. DI DISAGIO E/O ISOLAMENTO SOCIALE

SCHEDA SANITARIA (DA COMPILARE CON LA COLLABORAZIONE DEL MEDICO CURANTE)

CONVIVENTE: AFFEZIONI PREVALENTI (STAMPATELLO LEGGIBILE): _____

ULTIMO RICOVERO _____ / _____ / _____ PRESSO OSPEDALE: _____

AUTOSUFFICIENZA: T P N (T=TOTALE; P=PARZIALE; N=NON AUTOSUFFICIENZA)

SITUAZIONE DI RISCHIO SANITARIO

BISOGNO DI ASSISTENZA POST-OSPEDALIERA CONDIZ. DI DISAGIO E/O ISOLAMENTO SOCIALE

DATA COMPILAZIONE : _____ / _____ / _____ A CURA DI : _____

- PER USUFRUIRE DEL SERVIZIO L'UTENTE DEVE DISPORRE DI UN TELEFONO A TASTIERA CON PRESA TRIPOLARE E/O PLUG

- VICINO AL TELEFONO PRINCIPALE VI E' UNA PRESA DI CORRENTE ? SI NO

- L'UTENTE USUFRUISCE GIA' DI SERVIZI DI TELESOCOORSO? SI, DI: _____ NO

Si informa che ai fini della Legge sulla Privacy i dati forniti verranno trattati nel rispetto della normativa vigente e che, in qualità di gestore dei servizi per conto di Enti Pubblici, la società è stata nominata responsabile del trattamento.