



DISTRETTO SANITARIO di _____

DATI DELL'UTENTE

_____ ; _____ / _____ ; _____ ;
 Cognome e Nome telefono Cellulare
 _____ ; _____ ; _____ ;
 Città Via Civico

DATI DEL CONVIVENTE

_____ ; _____ ; _____ ;
 Cognome e Nome Data e luogo di nascita Cellulare

MEDICO/I DI MEDICINA GENERALE

_____ ; _____ / _____ ; _____ ;
 Cognome e Nome Telefono ambulatorio Cellulare
 _____ ; _____ / _____ ; _____ ;
 Cognome e Nome Telefono ambulatorio Cellulare

SCHEDA SANITARIA: ALLEGARE COPIA DEL "PATIENT SUMMARY" (M.M.G.)

In alternativa, con la collaborazione del Medico di Medicina Generale, riportare le diagnosi relative a problemi attualmente attivi e condizioni di rischio (in stampatello leggibile)

SCHEDA UTENTE _____ ; _____ ; _____ ; _____ ; _____ ; Ultimo ricovero ___/___/____	SCHEDA CONVIVENTE _____ ; _____ ; _____ ; _____ ; _____ ; Ultimo ricovero ___/___/____
--	--

Assistenza Infermieristica Domiciliare NO; SI per _____
 Telefono _____ Frequenza: Tutti i gg.; Settimanale; Mensile; Altro _____ ;

SITUAZIONE SOCIALE

_____ ; _____ / _____ ; _____ ;
 Servizio Sociale di Riferimento Telefono Comune
 Servizio di Assistenza Domiciliare NO SI per _____ Frequenza _____ ;
 Condizione di disagio e/o isolamento sociale NO SI _____ ;

RETI INFORMALI - VOLONTARIATO

Associazioni volontariato presenti/attive nel territorio NO; SI Se Si, indicare
 Ente/i _____ riferimento telefonico _____ Attività svolta _____
 Ente/i _____ riferimento telefonico _____ Attività svolta _____

EVENTUALI OSSERVAZIONI (Es: situazione abitativa, informazioni sulla rete di riferimento, altri servizi in attivazione, ecc...)

Data compilazione : _____ / _____ / _____ A cura di _____ ;
 Qualifica _____ Firma _____

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.