



**OGGETTO : Comunicazione cessazione Cure Domiciliari Programmate (C.D.P.) / Cure Domiciliari Residenziali (C.D.R.)**

Il sott. Dr. \_\_\_\_\_ cod. reg. \_\_\_\_\_

comunica di cessare l'assistenza C.D.P./ C.D.R. per il paziente:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

cod. fisc. \_\_\_\_\_

residenza \_\_\_\_\_

data inizio C.D.P./ C.D.R.. \_\_\_\_\_

a motivo di:

☐ miglioramento delle condizioni cliniche

☐ ricovero in ospedale

☐ ricovero in casa di riposo o simili

☐ decesso (data \_\_\_\_\_)

☐ cambio medico

☐ cambio residenza

☐ altro \_\_\_\_\_

decorrenza cessazione \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Timbro e firma del Medico**