

SCHEDA DI PROPOSTA PER LE CURE DOMICILIARI PROGRAMMATE

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa _____
Codice regionale _____
Tel/cell. _____ E-mail/P.e.c. _____

Avuto il consenso del paziente e/o dei familiari

CHIEDE

ATTIVAZIONE ☐ RIATTIVAZIONE ☐ PROROGA ☐ MODIFICA ☐

DELLE CURE DOMICILIARI PROGRAMMATE PER L'ASSISTITO

Cognome _____ Nome _____ nato/a _____ il _____
Residente(se diverso dal domicilio) in _____ c.f. _____
Domiciliato in _____ via _____ n° _____ Tel. _____

Persona di riferimento _____ parentela _____ telefono _____

**IN QUANTO PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE IMPOSSIBILITATA ALL'ACCESSO AI SERVIZI
AMBULATORIALI PER:**

AFFETTO DA (patologie in atto)

PER UN PERIODO DI MESI _____ A DECORRERE DAL _____ SINO AL _____

CON FREQUENZA: SETTIMANALE ☐ QUINDICINALE ☐ MENSILE ☐

DATA _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Parte riservata alla A.S.L.

PROGRAMMA ASSISTENZIALE AUTORIZZATO

CONFERMA DELL'ASSISTENZA RICHIESTA SI ☐ NO ☐

MODIFICA DELL'ASSISTENZA RICHIESTA SECONDO IL SEGUENTE PIANO

CON FREQUENZA: SETTIMANALE ☐ QUINDICINALE ☐ MENSILE ☐

PER UN PERIODO DI MESI _____ SINO AL _____

OSSERVAZIONI _____

IL DIRIGENTE MEDICO