



ALL.2

All' A.S.L. n° 6

Punto ADI

Lamezia Terme

**SEZIONE A Medico di Medicina Generale/Sanitario**

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ Qualifica professionale \_\_\_\_\_

Presidio Ospedaliero/RSA \_\_\_\_\_ Unità Operativa \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**SEZIONE B Familiare Richiedente**

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ Grado Parentela \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**CHIEDE L'ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE**

**Sezione C Dati del Paziente**

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Comune di Nascita \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Punto di riferimento \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**Sezione D Diagnosi Dettagliata e Sintesi dei problemi sanitari e socio-assistenziali**

---

---

---

---

---

---

**Sezione E Piano Assistenziale proposto**

Assistenza Infermieristica riabilitativa e  
di recupero funzionale a domicilio

Assistenza domiciliare

---

**Frequenza**

**Giornaliera**

**Settimanale**

**Mensile**

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Richiedente

---

---



**RISERVATO ALL'A.S.L. N° 6 PUNTO ADI DI LAMEZIA TERME**

Data \_\_\_\_\_

Timbro di Ricezione \_\_\_\_\_