



MODULO PER LA PROPOSTA DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI

AL DISTRETTO SANITARIO

U.O. Anziani e Cure Domiciliari U.O. Assistenza Riabilitativa
U.O. Materno Infantile SER.T. U.O. Salute Mentale

Dati anagrafici dell'assistito

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Codice fiscale _____

Comune di nascita _____ Comune di residenza _____

Indirizzo (domicilio attuale) _____

Numeri di telefono (casa e cell.) _____

Titolo di studio _____

N ° di familiari conviventi _____

Patologia principale _____

Stato civile: Coniugato Vedovo/a Celibe/nubile Separato/Divorziato

Esenzione ticket: Et  Invalidit  Patologia Reddito Accompagnamento

Indicazioni sulle prestazioni assistenziali

Macrolivello di Assistenza:

Ambulatoriale Domiciliare Semiresidenziale Residenziale

In caso di sola Assistenza Domiciliare:

Paziente oncologico Paziente terminale
Ass. medico generica Medico specialista Infermieristica Riabilitativa
Terapia del dolore Nutrizione Artificiale Domiciliare
Dimissione Protetta da struttura di ricovero (allegare richiesta della struttura)
Assistenza tutelare* Assistenza domestica

* prestazioni a carico dei Comuni e/o in compartecipazione ASL - Comuni

Il Medico di Medicina Generale
(timbro e firma)
