

Richiesta di Trattamento

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente in _____ via _____ n° _____

C.F. _____ cod.Reg. _____

Recapiti Telefonici _____

Medico Curante _____ recapito _____

Medico Proponente (nome cognome) _____ Medico Curante _____

Specialista Pubblico _____

Altro _____

Diagnosi _____

Data dell'evento patologico _____

Recente ricovero ospedaliero SI No Data ricovero _____ Data dimissioni _____

Causa Ricovero _____ Progetti riabilitativi ultimi 12 mesi SI No

Titolo di Studio Conseguito _____ Insegnante di sostegno SI No

Servizio Assistenziale Erogato da Ente locale SI No Stato Civile _____

Deambulazione : Autonoma Con assistenza Con ausili Non deambula

Si richiede trattamento che preveda:

Progetto di presa in carico globale (ex art.26 L.833/78 – DGR 583 10/05/2002)

Ambulatoriale

Domiciliare

Invalido civile No In attesa Si allegare copia del certificato di invalidità civile

Tutela legale SI No Occupazione _____

Firma

Data richiesta _____