

REGIONE CALABRIA

ASP di CATANZARO

Distretto Socio Sanitario n. 2 di Lamezia T.

Oggetto: Domanda di Accesso ai servizi Socio - Sanitari territoriali

RICHIEDENTE: Cognome _____		Nome _____	
Residente _____		Indirizzo _____	
Tel. Casa _____		Cellulare _____	
In qualità di :			
[1] Propria [2] familiare/Affine [3] Sogg. Civil. Obbligato. [4] Assistente sociale [5] M.M.G. [6] M. Osp.			

ASSISTITO	C.F.:																			
Cognome _____	Nome _____		Sesso		[M]	[F]														
Nat_ a _____	Il _____ / _____ / _____		Residente a _____																	
Domiciliato a _____	Via _____		Tel. _____																	
Stato civile	Titolo di studio		Medico curante																	
<input type="checkbox"/> celibe <input type="checkbox"/> nubile <input type="checkbox"/> coniugat_ <input type="checkbox"/> separat_ <input type="checkbox"/> divorziat_ <input type="checkbox"/> vedov_ <input type="checkbox"/> non dichiarato	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> licenza element. <input type="checkbox"/> licenza media inf. <input type="checkbox"/> diploma media sup. <input type="checkbox"/> diploma universit. <input type="checkbox"/> laurea <input type="checkbox"/> non dichiarato		Dr. _____ Tel. _____																	

Motivo della richiesta:			
<input type="checkbox"/> [1] Perdita Autonomia	<input type="checkbox"/> [2] Stabilizzazione stato clinico	<input type="checkbox"/> [3] Insufficienza del supporto familiare	<input type="checkbox"/> [4] Solitudine
<input type="checkbox"/> [5] Alloggio non idoneo	<input type="checkbox"/> [6] Altra motivazione Sociale	<input type="checkbox"/> [] altro (specificare)	

Servizio Richiesto (individuato dal Medico)			
<input type="checkbox"/> [] servizio socio assistenziale domiciliare	<input type="checkbox"/> [] cure domiciliari prestazionali	<input type="checkbox"/> [] cure domiciliari integrate	<input type="checkbox"/> [] assistenza domiciliare programmata
<input type="checkbox"/> [] assistenza residenziale	<input type="checkbox"/> [] cure domiciliari palliative	<input type="checkbox"/> [] assistenza riabilitativa	<input type="checkbox"/> [] altro (specificare)

Contesto della richiesta: (indicare quali sono i principali problemi sociali e sanitari che inducono la richiesta)			

Provenienza dell'assistito: <input type="checkbox"/> [] Abitazione <input type="checkbox"/> [] Altro <input type="checkbox"/> [] Struttura Riabilitazione <input type="checkbox"/> [] Struttura Ospedaliera			
<input type="checkbox"/> [] Struttura Protetta Socio-Sanitaria <input type="checkbox"/> [] Struttura Sociale			

Data _____

Firma _____

Consenso Informato

Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs.196/2003 SI NO

Luogo e data _____ Firma _____