

**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 prevalente che determina l'attivazione dell'assistenza:

Patologie concomitanti che condizionano la presa in carico:

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

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

Il Medico di Medicina Generale
(timbro e firma)