



Richiesta di attivazione di percorso residenziale, semiresidenziale, domiciliare per persone non autosufficienti, anche anziane e per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale.

Cognome _____	Nome _____	Sesso F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Luogo di nascita _____	Data ____ / ____ / ____	
Indirizzo (residenza) _____		
Indirizzo di domicilio (se diverso da quello di residenza) _____		
Codice Fiscale _____	Telefono _____	
Comune di residenza _____		
Persona di riferimento _____	Cognome _____	Nome _____
(specificare se familiare o altro)		Recapito telefonico _____

Diagnosi e descrizione problema principale _____

Altre condizioni cliniche:			
<input type="checkbox"/> diabete	<input type="checkbox"/> cardiopatia	<input type="checkbox"/> insufficienza cardiaca	<input type="checkbox"/> malattie vascolari
<input type="checkbox"/> insufficienza respiratoria		<input type="checkbox"/> epatopatie non alcoliche	<input type="checkbox"/> epatopatie alcoliche
<input type="checkbox"/> esiti frattura femore	<input type="checkbox"/> esiti altre patologie ortopediche		<input type="checkbox"/> malattie osteomuscolari
<input type="checkbox"/> neoplasie	<input type="checkbox"/> esiti di ictus	<input type="checkbox"/> demenza	<input type="checkbox"/> altre malattie neurologiche
<input type="checkbox"/> disturbi sensoriali	<input type="checkbox"/> paralisi cerebrale infantile		<input type="checkbox"/> malattia psichiatrica
<input type="checkbox"/> disabilità intellettiva	<input type="checkbox"/> disturbo generalizzato dello sviluppo		
<input type="checkbox"/> altro _____			

Terapie in atto:

--

