

FONDAZIONE COMUNITA' DI ARCO – A.P.S.P.

CERTIFICATO MEDICO

MEDICO CURANTE: DOTT. _____

Si dichiara che il/la sig./sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

esenzione ticket:

codice

numero

--	--

residente a _____ in via _____

proveniente da:

___ ABITAZIONE PROPRIA

___ OSPEDALE

___ CASA DI CURA

___ ALTRA CASA DI RIPOSO

___ ALTRO (specificare) _____

PRESENTA LA SEGUENTE DIAGNOSI:

NOTIZIE INFORMATIVE SULLE CONDIZIONI GENERALI DEL/DELLA RICOVERANDO

1. E' riconosciuto/a invalido/a civile o ha presentato domanda? SI NO

2. Accudisce autonomamente all'igiene personale? SI NO

3. Si muove con totale autonomia? SI NO

4. Ha bisogno di essere accompagnato? SI NO

5. Ha bisogno di carrozzella o di ausilii che agevolino gli spostamenti? SI NO

6. E' allettato/a? SI NO

7. E' possibile un recupero motorio? SI NO

8. Ha bisogno di assistenza sanitaria particolare? SI NO

se **SI** specificare _____

9. E' persona capace di vivere in comunità? SI NO

10. Trattasi di persona con problemi psichiatrici? SI NO

se **SI** specificare la tipologia _____

11. Ha bisogno di sorveglianza continua? SI NO

12. Ha particolari esigenze dietetiche? SI NO

se **SI** specificare quali _____

13. Trattasi di persona diabetica? SI NO

14. Per vivere ha bisogno di dipendere in parte o totalmente dagli altri? SI NO

15. E' utente del Servizio Assistenza Domiciliare? SI NO

16. Usufruisce del servizio pasti a domicilio? SI NO

17. Usufruisce del servizio bagni protetti? SI NO

18. Trattasi di persona in grado di accudire autonomamente agli atti quotidiani della vita? SI NO

TERAPIA
