



Dati del paziente da ammettere ai

Servizi di Riabilitazione

Azienda di Servizi alla Persona
“GOLGI – REDAELLI”
ISTITUTO GERIATRICO “P. REDAELLI”
Dir. Medico: Dr. Roberto D’Angelo
Via Bartolomeo D’Alviano, 78 – 20146 Milano
tel.: 02413151, fax: 024120871

Milano: _____

COGNOME: _____ NOME: _____

NATO A: _____ IL: _____

STATO CIVILE: _____ PROFESSIONE: _____

ISTRUZIONE: _____ RESIDENTE A: _____

VIA: _____

PROVENIENZA _____ TESSERA SAN.: _____

CODICE FISCALE: _____ DOCUMENTO ID.: _____

MEDICO CURANTE DOTT. _____ TEL. _____

Al momento il paziente:	Prima dell’attuale ricovero il paziente richiedeva assistenza: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> Vive con il coniuge <input type="checkbox"/> Vive con figli/parenti <input type="checkbox"/> Vive con badante <input type="checkbox"/> Solo/a	<u>Se la risposta affermativa, l’assistenza era fornita:</u> <input type="checkbox"/> Per mezza giornata <input type="checkbox"/> Per tutta la giornata <input type="checkbox"/> Giorno e notte
Persona di riferimento	
Grado di parentela Tel.	
<input type="radio"/> Il paziente ha già effettuato ricoveri di riabilitazione: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
<input type="radio"/> Se “SI”, indicare l’anno: _____ ed il mese _____ dell’ultimo ricovero	
<input type="radio"/> Il rientro al domicilio del paziente è ritenuto: <input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Probabile <input type="checkbox"/> Non praticabile	
<input type="radio"/> E’ stata attivata una pratica di ricovero presso Residenza Sanitaria Assistita? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	

Familiari/conoscenti disponibili (Cognome, Nome, parentela, Indirizzo, telefono)

Allegare: 1. Richiesta S.S.N. Medico Curante o Specialista 3. Copia Documento identità
2. Copia Tessera sanitaria 4. Copia Codice Fiscale