

c) ALTRI FIGLI:

Nome e Cognome _____ Tel. _____

Nome e Cognome _____ Tel. _____

Nome e Cognome _____ Tel. _____

d) ALTRE PERSONE DI RIFERIMENTO

Nome e Cognome _____ parentela e/o relazione _____ età _____

Indirizzo _____ Tel. _____

RETE ASSISTENZIALE

Recentemente si sono verificati problemi nell'assistenza SI NO

È seguito da familiari SI NO

Per quali servizi (prestazioni) _____
_____ ; per quante ore al giorno _____

È seguito dal Servizio Sociale territoriale SI C.M.A. Zona _____ Comune di _____

Ass.te Sociale _____ Tel. _____ NO

Per quali servizi (prestazioni) _____
_____ per quante ore al giorno _____

Da quanto tempo è assistito ? _____

Il paz. è in grado di rispondere a domande su se stesso? SI NO

È seguito da assistenza privata SI NO

Per quali servizi (prestazioni) _____
_____ per quante ore al giorno _____

Da quanto tempo è assistito ? _____

In caso di disabilità permanente, l'orientamento della famiglia è per:

- un rientro a domicilio (in qualsiasi caso)
- un rientro a domicilio solo in caso di dipendenza lieve (cammino con ausili, autonomia totale o parziale nell'uso dei servizi)
- un rientro a domicilio anche in caso di dipendenza maggiore (uso di carrozzina, totale dipendenza nell'uso dei servizi)
- un ricovero in una struttura protetta

Ha già presentato domanda per un ricovero definitivo SI NO

In quali strutture _____

Firma del paziente richiedente

Firma del familiare