

SCHEDA AMMISSIONI PROTETTE**DATI UTENTE**cognome e nome _____ M F

nato/a a _____ (_____) il _____

residente a _____ (_____) CAP _____

in via/piazza _____ n. _____

domicilio (se diverso da residenza) _____

Codice fiscale _____

DATI MMG/PLS

cognome e nome _____

recapito telefonico _____ mail _____

CAREGIVER DI RIFERIMENTO

cognome e nome _____

recapito telefonico _____ mail _____

grado di parentela/tipologia di legame _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE (se presente)

cognome e nome _____

recapito telefonico _____ mail _____

AMMISSIONE PROTETTAMotivo del ricovero: sanitario assistenziale sociale a far data dal _____

Note: _____

SETTING DEL RICOVERO

da:

- domicilio (MMG/PLS) _____
 domicilio con ADI _____
 domicilio con Cure Palliative _____
 domicilio con Cure Palliative ADVAR _____
 domicilio con supporto del Servizio Sociale _____
 Hospice temporaneo _____
 Hospice definitivo _____
 Ospedale di Comunità _____
 URT _____
 Casa di Riposo/RSA a regime privato temporanea _____
 Casa di Riposo/RSA a regime privato definitiva _____
 Casa di Riposo/RSA a regime convenzionato temporanea _____
 Casa di Riposo/RSA a regime convenzionato definitiva _____

a:

- ospedale per acuti _____
 ospedale convenzionato o casa di cura _____
 domicilio con ADI _____
 domicilio con Cure Palliative _____
 domicilio con Cure Palliative ADVAR _____
 domicilio con supporto del Servizio Sociale _____
 Hospice temporaneo _____
 Hospice definitivo _____
 Ospedale di Comunità _____
 URT _____
 Casa di Riposo/RSA a regime privato temporanea _____
 Casa di Riposo/RSA a regime privato definitiva _____
 Casa di Riposo/RSA a regime convenzionato temporanea _____
 Casa di Riposo/RSA a regime convenzionato definitiva _____

Luogo, data _____

Timbro e firma dell'operatore
