

**Ente Pubblico :** \_\_\_\_\_

**CODICE:**

RICHIESTA URGENTE

**UTENTE:** \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(se donna vedova/coniugata, indicare entrambi i cognomi) (CELL.: \_\_\_\_\_)

NATO A \_\_\_\_\_ PROV ( \_\_\_\_\_ ) IL \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

M  F ST. CIVILE \_\_\_\_\_ COD.FISC.: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**CONVIVENTE:** \_\_\_\_\_ (Grado di parentela \_\_\_\_\_)

NATO A \_\_\_\_\_ PROV ( \_\_\_\_\_ ) IL \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

RESIDENTE/I A: \_\_\_\_\_ PR. ( \_\_\_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_ N.: \_\_\_\_\_

UBICAZIONE ABITAZIONE: \_\_\_\_\_  
(località, frazione, eventuale rione/ zona o altro utile all'individuazione)

TIPO ABITAZIONE:  APPARTAMENTO (PIANO: \_\_\_\_, ASCENSORE  SI  NO)  CASA INDIPENDENTE

**AZIENDA SANITARIA N.** \_\_\_\_\_ **DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.** \_\_\_\_\_

(\*) **PARENTI** (INDICARE CON \*\*\* SE OFFRONO AIUTO COSTANTE; \*\* SE OCCASIONALE; \* NESSUN AIUTO)  
COGNOME E NOME                                      INDIRIZZO                                      COMUNE/LOCALITA'                                      TELEFONO                                      CHIAVI

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(\*) **AMICI/VICINI** (INDICARE CON \*\*\* SE OFFRONO AIUTO COSTANTE; \*\* SE OCCASIONALE; \* NESSUN AIUTO)  
COGNOME E NOME                                      INDIRIZZO                                      COMUNE/LOCALITA'                                      TELEFONO                                      CHIAVI

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CHIAVI :**

usufruirà del servizio di "Custodia Chiavi"

per le emergenze le chiavi sono: \_\_\_\_\_

**SERVIZIO SOCIALE**                                       SI  NO  
COGNOME E NOME ASSIST. SOCIALE                                      ENTE                                      TELEFONO/I

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**ASSISTENZA DOMICILIARE**  SI  NO  
**FREQUENZA:** TUTTI I GG.  BISETTIMANALE  SETTIMANALE  ALTRO \_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME ASSIST. DOMICILIARE                                      TELEFONO/I

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(\*) **L'UTENTE DEVE INFORMARE TALI PARENTI, VICINI, AMICI CHE SONO "REPERIBILI" IN CASO DI NECESSITA'**

**PER L'ATTIVAZIONE CONTATTARE:** \_\_\_\_\_

**RIPORTARE COGNOME/I E NOME UTENTE** \_\_\_\_\_

**MEDICO DI MEDICINA GENERALE:**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

TELEFONO AMBULATORIO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

TELEFONO ABITAZIONE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CELLULARE.: \_\_\_\_\_

**SERVIZIO INFERMIERISTICO**

SI  NO

COGNOME E NOME REFERENTE/INFERMIERE \_\_\_\_\_

ENTE \_\_\_\_\_

TELEFONO/I \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE**

SI  NO

**FREQUENZA:**  TUTTI I GG.  BISETTIMANALE  SETTIMANALE  ALTRO \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME INFERMIERE \_\_\_\_\_

TELEFONO/I \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**SCHEDA SANITARIA (DA COMPILARE CON LA COLLABORAZIONE DEL MEDICO CURANTE)**

**UTENTE:** AFFEZIONI PREVALENTI (STAMPATELLO LEGGIBILE): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ULTIMO RICOVERO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ PRESSO OSPEDALE: \_\_\_\_\_

**BARRARE LE VOCI DI PERTINENZA**

AUTOSUFFICIENZA:  T  P  N (T=TOTALE; P=PARZIALE; N=NON AUTOSUFFICIENZA)

SITUAZIONE DI RISCHIO SANITARIO

BISOGNO DI ASSISTENZA POST-OSPEDALIERA  CONDIZ. DI DISAGIO E/O ISOLAMENTO SOCIALE

**SCHEDA SANITARIA (DA COMPILARE CON LA COLLABORAZIONE DEL MEDICO CURANTE)**

**CONVIVENTE:** AFFEZIONI PREVALENTI (STAMPATELLO LEGGIBILE): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ULTIMO RICOVERO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ PRESSO OSPEDALE: \_\_\_\_\_

AUTOSUFFICIENZA:  T  P  N (T=TOTALE; P=PARZIALE; N=NON AUTOSUFFICIENZA)

SITUAZIONE DI RISCHIO SANITARIO

BISOGNO DI ASSISTENZA POST-OSPEDALIERA  CONDIZ. DI DISAGIO E/O ISOLAMENTO SOCIALE

DATA COMPILAZIONE : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ A CURA DI : \_\_\_\_\_

- PER USUFRUIRE DEL SERVIZIO L'UTENTE DEVE DISPORRE DI UN TELEFONO A TASTIERA CON PRESA TRIPOLARE E/O PLUG

- VICINO AL TELEFONO PRINCIPALE VI E' UNA PRESA DI CORRENTE ?  SI  NO

- L'UTENTE USUFRUISCE GIA' DI SERVIZI DI TELESOCORSO?  SI, DI: \_\_\_\_\_  NO

**Si informa che ai fini della Legge sulla Privacy i dati forniti verranno trattati nel rispetto della normativa vigente e che, in qualità di gestore dei servizi per conto di Enti Pubblici, la società è stata nominata responsabile del trattamento.**