



**RICHIESTA DI VALUTAZIONE IDONEITA' PER INGRESSO PRESSO
la Residenza Protetta o Residenza Protetta Demenze Tipo Alberghiero**

Il sottoscritto Dott. _____

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

MEDICO DEL REPARTO /

DIVISIONE OSPEDALIERA _____ Azienda _____

**Chiede la valutazione del proprio assistito per ingresso presso la Residenza Protetta o
Residenza Protetta Demenze tipo Alberghiero**

SEZIONE A - DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO

COGNOME

NOME

M F
SESSO

DATA DI NASCITA

COMUNE DI NASCITA

TEL.

COMUNE DI RESIDENZA

VIA

N° CIVICO

CODICE FISCALE

INDIRIZZO PERSONA DI RIFERIMENTO

TEL. PERS. DI RIF.

PERSONA DI RIFERIMENTO

INDIRIZZO PERSONA DI RIFERIMENTO

TEL. PERS. DI RIF.

A tal fine dichiara che il proprio assistito possiede i seguenti requisiti di ammissione

SEZIONE B - REQUISITI DI AMMISSIONE IN R.P. o R.P.D. TIPO ALBERGHIERO

NON AUTOSUFFICIENZA

NON ASSISTIBILITA' A DOMICILIO PER COMPLESSITA' DEL PAZIENTE

PRESENZA DI PROBLEMATICHE DI ORDINE SOCIO-AMBIENTALE

BASSO LIVELLO DI TUTELA SANITARIA (Medica, infermieristica, riabilitativa)

ALTRO: _____

DIAGNOSI:

Il paziente è portatore di : lesioni da decubito: ____ grado (specificare 1°-2°-3°-4°)

pannolone

catetere vescicole

sond. naso-gastrico

uro- colostomia

racheotomia

accesso venoso per NPT

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Codice Fiscale e Partita I.V.A. 00091240432

Via XX Settembre, 1 – 62019 Recanati (MC) - Tel. (071) 7574270 – 7574292 Fax (071) 9816355

• E-mail: fondazione@ircerassuntarecanati.it • Sito-Internet: www.ircerassuntarecanati.it