

**COMUNE DI TIVOLI
DISTRETTO SOCIO SANITARIO G3**

A

H

CERTIFICAZIONE SANITARIA DELL'UTENTE (A CURA DEL MEDICO CURANTE)

UTENTE

Sig. _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ all'indirizzo _____ n. _____

Domiciliato presso _____

a _____ all'indirizzo _____ n. _____

tel (_____) _____

stato civile _____ Codice Fiscale _____ Sesso _____

Patologie sanitarie di rilievo

Data compilazione

Firma Medico Curante

SCHEDA NON AUTOSUFFICIENZA

Nome _____ Cognome _____

GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA

PATOLOGIE

- Non presenti
- In via di guarigione
- Croniche
- Degenerative

IGIENE PERSONALE

- Non autosufficiente
- Necessita di aiuto
- Autosufficiente

VESTIZIONE

- Non autosufficiente
- Necessita di aiuto
- Autosufficiente

ALIMENTAZIONE

- Non autosufficiente
- Necessita di aiuto
- Autosufficiente

MOBILITAZIONE IN CASA E ALL'ESTERNO

- Non autosufficiente
- Necessita di aiuto
- Autosufficiente

ORIENTAMENTO SPAZIO TEMPORALE

- Non orientato
- Parzialmente orientato
- Ben orientato

Data _____

Timbro e Firma

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere informato che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici per la presente prestazione e per dati statistici ai sensi della L. 196/2003