



CERTIFICATO MEDICO

allegato alla domanda di Ammissione

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Stato civile _____

Cod. fisc. _____ Tess. Sanit. _____

Provenienza: _____

Sintesi clinico anamnestica con particolare riferimento alle patologie invalidanti:

Valutazione psico-relazionale:

Orientamento temporo/spaziale (t/s) normale patologico

Disorientamento t/s episodico costante

Disturbi importanti della memoria Disturbi del sonno

Deambulazione:

autonoma con aiuto o assistenza non deambulante

Alimentazione:

autonoma deve essere imboccato presenta disfagia

Allergie: _____

Diete da seguire: _____

Mod. Certificato medico allegato alla domanda di ammissione

Rev. 01 23.07.2019

Incontinenza:

Urinaria Fecale Doppia Assente
Fornitura pannoloni si no

Altre tipologie di presidi: _____

Visita invalidità civile in data: _____

Riconosciuto invalido al ___ %

Titolare di indennità di accompagnamento si no

DICHIARAZIONE del MEDICO curante

Si certifica che _ 1 _ Sig. _____
non presenta, alla data odierna, malattie diffuse o infettive in
atto e, per quanto mi è dato conoscere, presenta la seguente
situazione:

Terapia in atto _____

Data, _____

Timbro e firma del Medico
