

Spett. le

**Fondazione Casa di Riposo San Giuseppe ONLUS
Largo della Vittoria, 20
26031 Isola Dovarese (Cr)**

Il sottoscritto _____ residente a _____
in via _____ nr. _____ tel. _____

c h i e d e

l' ammissione al **CENTRO DIURNO INTEGRATO** per il/la Sig.

cognome _____ nome _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____ nr. _____

Con la seguente frequenza settimanale:

lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Il sottoscritto si impegna sin ad ora, in caso di positivo accoglimento della presente, ad osservare tutte le norme ed i regolamenti che regolano il funzionamento e la vita comunitaria della Fondazione Casa di Riposo San Giuseppe ONLUS di Isola Dovarese (Cr).

Isola Dovarese, lì _____

Questionario medico

Sig. _____ nato a _____ il _____

Residente _____ in Via _____ n.

tessera sanitaria _____ tel. _____

Il/la paziente si trova attualmente:

in Ospedale 0 al domicilio 0 in altro Istituto 0

al domicilio vive solo 0 vive con parenti 0 assistenza domiciliare 0

DIAGNOSI: _____

TERAPIA IN ATTO: _____

ALLERGIA A FARMACI ? si 0 no 0 non nota 0

PRINCIPALI NOTIZIE ANAMNESTICHE PATOLOGICHE: _____

E' in cura presso Servizi Psichiatrici ? si 0 no 0

Necessita di terapia riabilitativa o fisica ? si 0 no 0

Piaghe da decubito (descrizione e sede) _____

DEAMBULAZIONE:

autonoma 0 con appoggio 0 carrozzina 0 allettato 0

AUTONOMIA:

Si lava:	da solo	0	con aiuto	0	non in grado	0
Si veste:	da solo	0	con aiuto	0	non in grado	0
Si alimenta:	da solo	0	con aiuto	0	non in grado	0
Utilizza i servizi igienici:						
	Da solo	0	con aiuto	0	non in grado	0

INCONTINENZA:

Urinaria:	si	0	no	0
Catetere:	si	0	no	0
Fecale:	si	0	no	0

STATO DI COSCIENZA:

Vigile	0	Confuso	0	Soporoso	0
--------	---	---------	---	----------	---

CONDIZIONI PSICHICHE:

Ansia	0
Depressione	0
Idee deliranti	0
Aggressività	0

ALCOOLISMO:	si	0	no	0
--------------------	----	---	----	---

LINGUAGGIO:

Normale	0
Afasia	0
Disartria	0

ALTRE NOTIZIE CHE SI RITENGA OPPORTUNO FORNIRE: _____

_____ Lì, _____

IL MEDICO CURANTE

(timbro e firma)