

Servizio di soggiorni estivi per anziani 2014

Modello n.3 (A) - Attestazione del medico curante, per l'anziano autosufficiente

Attenzione: in caso di compilazione del presente modello NON dovrà essere compilato il modello n.3 (B) e viceversa. La preghiamo di compilare questo modulo in stampatello.

Dati dell'utente che richiede il soggiorno

Nome e cognome:		età:
indirizzo:		
telefono:		
N° del libretto sanitario:		
Recapito di un familiare o conoscente		
Nome e cognome		
Indirizzo e telefono		

La **località consigliata** per il soggiorno è:

- Versilia Riviera Romagnola indifferente

Informazioni sanitarie

Patologie pregresse:					
Patologie in atto:					
Eventuali terapie in atto					
<input type="checkbox"/> fisica:					
<input type="checkbox"/> dietetica:					
<input type="checkbox"/> farmacologica:					
Stato nutrizionale	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> eccessivo	<input type="checkbox"/> carente		
Carenze di vista	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Usa occhiali da vista	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Carenze di udito	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Usa protesi uditive	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Capacità motorie	<input type="checkbox"/> normali	<input type="checkbox"/> cammina con aiuto	<input type="checkbox"/> non cammina		
Incontinenza	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si (urine)	<input type="checkbox"/> si (feci)		
Altre patologie	<input type="checkbox"/> perdita di memoria	<input type="checkbox"/> difficoltà di orientamento			
Patologie che non permettono la convivenza in comunità	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no			
Allergie a:					
Altro:					

In qualità di medico curante dell'interessato/a al soggiorno estivo marino per anziani, dichiaro che il/la mio/a paziente è in grado di provvedere autonomamente ai propri bisogni quotidiani e può partecipare alle vacanze anziani organizzate dal Comune di Lucca, SENZA l'aiuto di un accompagnatore.

Dati del medico curante

Nome e cognome:
Indirizzo e telefono:

Lucca, _____

Timbro e firma
