

## SCHEDA SANITARIA 2016

COGNOME.....NOME.....

COD. FISCALE.....

DATA DI NASCITA..... LUOGO DI NASCITA.....

INDIRIZZO.....CAP.....

TELEFONO.....

- CONDIZIONI GENERALI BUONE  DISCRETE  PRECARIE
- STATO MENTALE LUCIDO  APATICO  CONFUSO
- DEAMBULAZIONE NORMALE  CON AIUTO
- INCONTINENZA ASSENTE  OCCASIONALE  ABITUALE
- CARDIOPATICO SÌ  NO
- DIABETICO SÌ  NO

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità dichiara che il soggetto è:

AUTOSUFFICIENTE  PARZIALMENTE  NON   
AUTOSUFFICIENTE AUTOSUFFICIENTE

EVENTUALI OSSERVAZIONI DI CARATTERE SANITARIO: .....

DATA.....

IL MEDICO  
(timbro e firma)

L'assistito dichiara ai sensi dell' art. 13 del decreto legislativo 30/06/2003 n° 196, di conoscere che i dati personali contenuti nel presente atto saranno trattati anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento stesso.

DATA..... FIRMA.....