



Unità Operativa S.L.A. RICHIESTA DI PRESA IN CARICO

Data _____

Struttura e/o medico inviante _____

Data della diagnosi di SLA ____/____/____ effettuata da _____

La richiesta è per l'assistenza : presso il domicilio presso l'Hospice Fondazione Roma

Dati anagrafici del paziente

(Tutti i dati forniti sono tutelati secondo il D.L.vo 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni e/o modificazioni)

Cognome _____ Nome _____ Sesso F M

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____

Residente in _____ Città _____ C.A.P. _____

ASL di appartenenza _____ distretto _____

In questo momento il paziente è:

a domicilio in ospedale altro specificare: _____

Dati Care Giver

(Tutti i dati forniti sono tutelati secondo il D.L.vo 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni e/o modificazioni)

Cognome _____ Nome _____ tel. _____/_____

Relazione con il paziente (indicare se coniuge, figlio, familiare o altro): _____

Si allega, alla presente domanda, Relazione Medica dettagliata completa di: diagnosi, attuale quadro clinico del paziente e terapia in atto.

Firma per l'inviante:

**Firma del paziente e/o di chi
autorizzato a farne le veci:**
