

SCHEDA DI VALUTAZIONE
POTENZIALE NUOVO OSPITE

DATA RICEVIMENTO:

N° DOMANDA: /

Responsabile Pratica:

Persona da inserire: Età anni: ☐ M ☐ F

Proveniente da: ☐ Casa ☐ Ospedale
☐ Altra struttura

Città ()

Diagnosi:

Brevi Note:

La richiesta di inserimento è pervenuta tramite:

☐ E-mail ☐ Telefono ☐ Fax ☐ Consegnata a mano

Da parte di: ☐ Familiare ☐ Servizio ☐ Tutore / Amministratore di Sostegno

Contatti:

Sig./Sig.ra:

Titolo :

Città/Pr :

Recapiti :

Parere **DIRETTORE SANITARIO:**

Data

Firma

Parere **MEDICO PSICHIATRA:**

Data

Firma

Parere **MEDICO DI STRUTTURA:**

Data

Firma

Parere **COORDINATRICE INFERMIERISTICA:**

Data

Firma

Parere **COORDINATRICE EDUCATIVA:**

Data

Firma

ESITO VALUTAZIONE

(a cura del Direttore Sanitario)

SULLA BASE DEI PARERI SOPRA ESPRESSI, ☐ TIENE LA DOMANDA IN QUESTIONE

ACCOLTA

NON ACCOLTA

AI FINI DELL'INSERIMENTO DELL'OSPITE IN STRUTTURA

DATA

FIRMA DIRETTORE SANITARIO