

**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)*

SUL  ASE DEI PARERI SOPRA ESPRESI,  TIENE LA DOMANDA IN QUESTIONE

**ACCOLTA**

**NON ACCOLTA**

AI FINI DELL'INSERIMENTO DELL'OSPITE IN STRUTTURA

DATA .....

FIRMA DIRETTORE SANITARIO .....