Modulo C-Case di riposo
Da lasciare al domicilio del paziente

DISTRETTO DI _____ - U.O.S. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
SCHEMA DEGLI ACCESSI AI PAZIENTI NON AMBULABILI IN CASA DI RIPOSO
(**Ai sensi dell'allegato G, artt. 45-53-59, ACN 23 marzo 2005 ed integrativo 29 luglio 2009**)

Da conservare a cura dell'assistito/a, presso la **Casa di riposo** e da esibire esclusivamente ai medici della ASP, in occasione delle visite di controllo.

Firma dell'assistito/a ……

Assistito/a:

Cognome	Nome	Età
Luogo e data di nascita	Cod. Fisc.	
Residenza **Casa di riposo**		

Medico:

Cognome	Nome	Cod. reg.

Data Accesso	Sigla del Medico	Terapia	Accertamenti diagnostici	Visite specialistiche	Consulenze