



Casa di Riposo - Santa Famiglia del Sacro Cuore
Via delle Vigne Nuove, 459 - 00139 Roma
Partita IVA: 01104651003 - CF: 02703320586 - Autorizzazione: CD/47463/2013
info@comeinfamiglia.it - Tel. 06 87130963

CERTIFICAZIONE MEDICA

DI ACCESSO ALLA CASA DI RIPOSO

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

COGNOME

NOME

La signora.....

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA

PROV.

DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

nata a.....

C.A.P.

COMUNE DI RESIDENZA

PROV.

INDIRIZZO (via, piazza, numero civico)

TELEFONO

residente a.....

PATOLOGIE

Cardiovascolari

Neurologiche

Psichiatriche

Respiratorie

Osteoarticolari

Genitourinarie

Gastroenteriche

Metaboliche

Socioambientali

SINTESI CLINICA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Casa di Riposo - Santa Famiglia del Sacro Cuore
Via delle Vigne Nuove, 459 - 00139 Roma
Partita IVA: 01104651003 - CF: 02703320586 - Autorizzazione: CD/47463/2013
info@comeinfamiglia.it - Tel. 06 87130963

TRATTAMENTI

Terapia farmacologica attuale:.....
.....
.....
.....
.....

Terapia non farmacologica:.....
.....
.....
.....
.....

Protesi ed ausili:.....
.....
.....
.....

La richiedente non presenta segni clinici di malattie infettive in atto e può vivere in comunità.

SI

NO

data

timbro e firma del Medico
