

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TA
DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N°2
MASSAFRA-MOTTOLA-PALAGIANO-STATTE

**RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)
NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI**

PROT. _____

Il sottoscritto Dott. _____ MMG o PLS

c/o il comune di _____ chiede l'attivazione dell'Assistenza

Domiciliare Integrata (ADI) nei confronti del proprio assistito:

(Cognome e Nome) _____

data di nascita _____ codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

residenza _____ numero di telefono _____

persona di riferimento contattabile _____

patologie in atto che determinano la richiesta di ADI _____

Tipologia degli interventi richiesti:

☐ assistenza medica.....

☐ assistenza infermieristica.....

☐ interventi riabilitativi.....

☐ assistenza sociale.....

☐ altro.....

Tempo presunto per l'intervento: ☐ 1 mese ☐ 3 mesi ☐ 6 mesi

Accessi proposti: ☐ sett. ☐ quind. ☐ mens.

ALLA PRESENTE SI ALLEGA SVAMA SANITARIA E INDICE DI BARTHEL

.....li.....

(Timbro e firma del medico proponente)