

AZIENDA SANITARIA LOCALE PROVINCIA DI BARI
 Distretto Socio Sanitario Uno
 Molfetta-Giovinazzo

Prot. n. _____

Data _____



RICHIESTA DI ACCESSO ALLE CURE DOMICILIARI
 (ADS, ADI I°- II° - III° livello, ADO, Cure palliative, Hospice)

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

a favore di se medesimo, oppure in qualità di _____

a favore del/la Sig./ra _____ nato/a _____ Prov.(____) il _____

residente a _____ Prov.(____) Via _____ n. _____

Cittadinanza _____ Stato Estero _____ C. F. _____

affetto/a da _____

assistito/a dal MMG / PLS Dott.ssa/Dott. _____

- di accedere alle Cure Domiciliari per l'erogazione di:

<input type="checkbox"/> Ass. Domiciliare Sanitaria	<input type="radio"/> Ass. Infermieristica	<input type="radio"/> Tratt. riabilitativo fisioterapico
<input type="checkbox"/> Ass. Dom. Integrata I° livello	<input type="radio"/> Ass. Dom. Integrata II° livello	<input type="radio"/> Ass. Dom. Integrata III° livello
<input type="checkbox"/> Ass. Domiciliare Oncologica	<input type="radio"/> Fondazione "A.N.T."	<input type="radio"/> Fondazione "SS. Medici"
<input type="checkbox"/> Cure palliative	<input type="radio"/> Paziente oncologico	<input type="radio"/> Paziente NON oncologico
<input type="checkbox"/> Ass. in Hospice	<input type="radio"/> Paziente oncologico	<input type="radio"/> Paziente NON oncologico

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ il _____ risiedere a _____

Via _____ n. ____ Prov.(____) tel. _____ cell. _____

e/o domiciliato/a a _____ Via _____ n. ____ Prov.(____)

Cittadinanza _____ Stato Estero _____ C.F. _____ tel. _____

- di essere stato/a chiaramente ed esaustivamente informato/a sulle:

- caratteristiche del Servizio;
- prestazioni assistenziali erogabili, loro modalità di erogazione ed eventuali tempi di attesa;
- esenzione di diritto;
- modalità di trattamento dei dati.

AUTORIZZA

- l'Azienda ASL BA al trattamento dei dati personali e clinico-sanitari per fini assistenziali.

SI IMPEGNA

- a collaborare con l'equipe domiciliare per il puntuale svolgimento del programma assistenziale.

Data _____

Firma del/la paziente _____

per il/la paziente _____

(Firma e grado di parentela)