

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N. 10 "VENETO ORIENTALE"

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELL'UNITÀ VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE

Al Direttore del Distretto n.

SEDE

ASSISTITO: Cognome		Nome	
Sesso N. tessera sanitaria		Codice Fiscale	
Luogo di nascita		Data di nascita	
Indirizzo		Comune	
Telefono		Medico curante	
Invalidità: <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		Indennità di accompagnamento: <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	
FAMILIARI DI RIFERIMENTO:			
Cognome e nome		Grado di parentela	Telefono
.....	
.....	
PROPONENTE:			
in qualità di:		recapito telefonico	
<input type="checkbox"/> Familiare		<input type="checkbox"/> Responsabile di Struttura Residenziale	
<input type="checkbox"/> Medico Specialista/Medico Ospedaliero		<input type="checkbox"/> Soggetto civilmente obbligato o tutore	
<input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale (da utilizzare da parte del MMG solo in caso di ammissione in struttura)		<input type="checkbox"/> Assistente sociale Comune o ASSL	
MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA			
<input type="checkbox"/> ADIMED			
<input type="checkbox"/> Ricovero in struttura residenziale			
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)			
Note			
.....			

Consenso informato sul retro

Luogo e data

Firma del proponente

MODULO DI CONSENSO

Espressione del consenso al trattamento dei dati sensibili da parte dell'interessato ai fini della legge 31-12-96 numero 675 e all'avvio della richiesta di valutazione da parte dell'Unità Valutativa Multidimensionale

Il sottoscritto....., nato a
il, residente a in Via,
dichiarando di essere stato informato in data odierna della vigente disciplina in materia della riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario (Art. 13 diritti dell'interessato, Art. 22 dati sensibili, Art. 23 dati sanitari) e di aver preso cognizione della necessità del conferimento dei dati richiesti,

ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO

1. al trattamento dei dati personali

propri

del familiare, nato a il
ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie;

2. all'avvio della richiesta di valutazione da parte dell'Unità Valutativa Multidimensionale.

Luogo e data

Firma leggibile

.....

Parte da compilare in caso di consenso firmato da un familiare

Il sottoscritto dr. dichiara che al momento della visita (il giorno alle ore) il sig., nato il, non è nelle condizioni psico-fisiche di poter sottoscrivere quanto sopra.

Firma del medico

.....