

RICHIESTA DI CURE PALLIATIVE ONCOLOGICHE

Spett. ASL BA
Unità Operativa Cure Palliative (UOCP)
V.le Aldo Moro, 102 – 70043 Monopoli
Tel. 0804149446 – FAX 0804149474
e-mail: caposala.uocp@asl.bari.it

Parte riservata al Medico di Assistenza Primaria

Data

Il sottoscritto

con studio medico in Via.....nr.....tel.....

Email (obbligatorio se si vuole ricevere la corrispondenza).....

Città.....chiede la presa in carico del proprio assistito/a:

.....

affetto/a da

Dichiaro che per la suddetta persona attualmente non sono attive altre forme di assistenza (ADI-ADP etc)

Si allega documentazione sanitaria:

.....
(firma e timbro)

Parte riservata all'assistito

Data

Il sottoscrittonato ail

Residente a Via nr.

Codice Fiscale Tel.....

ASL.....Esenzione ticket nr.: per

accetta l'Assistenza richiesta dal proprio medico curante.

Con riferimento all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) La informiamo che i dati personali che La riguardano da Lei forniti direttamente (notizie anagrafiche e anamnestiche, documentazione clinica) ovvero risultanti dagli esami clinici, di laboratorio e strumentali sono e saranno trattati esclusivamente per finalità diagnostica, ambulatoriale, di degenza in Hospice o di assistenza domiciliare, secondo le richieste mediche ed allo scopo di consentire la diagnosi, la cura e la riabilitazione della Sua persona nonché al fine di tutelare la Sua incolumità fisica.

In fede

Il Paziente

o il familiare

(nome e cognome a stampatello)

(grado di parentela)

.....
(firma)

Parte riservata all' Unità Operativa di Cure Palliative

Data

Si autorizza la prima visita di idoneità per la presa in carico del/la Signor/a

.....

IL RESPONSABILE
(firma e timbro)

Data

Valutazione effettuata dal Dott.

Note.....
.....

IL MEDICO
(firma e timbro)

Data

Si autorizza la presa in carico del/la Signor/a:

.....

Non si autorizza la presa in carico del/la Signor/a:

.....

Per i seguenti motivi

.....

IL RESPONSABILE
(firma e timbro)