

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.

E-mail (obbligatorio se si vuole ricevere la corrispondenza)

Città.....chiede:

la presa in carico richiesta di ricovero in Hospice

del proprio assistito/a:

affetto/a da

Dichiara 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 sottoscritto nato a il

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)

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)