



Al PUA del Distretto di \_\_\_\_\_

All'U.O. Cure Palliative

ALL. 1

Il Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

In qualità di\* \_\_\_\_\_

Reperibile al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

CHIEDE LA PRESA IN CARICO PER :

CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

RICOVERO IN HOSPICE

Per il/la paziente \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Cod. Fisc.     Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Si specifica che il MMG dell'assistito/a è il Dott\*\* \_\_\_\_\_

Reperibile al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Si allega scheda clinica (ALL. 2)

Firma e timbro del MMG/MEDICO CURANTE \*\*\*

Firma del Richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

\*specificare rapporto di parentela o conoscenza con il paziente o se MMG o altro sanitario;

\*\*qualora fosse diverso dal richiedente;

\*\*\*per Medico Curante si indica il Sanitario che ha in cura il Paziente.