

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"/> Medico Specialista/Medico Ospedaliero	<input type="checkbox"/> Responsabile di Struttura Residenziale	
<input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale (da utilizzare da parte del MMG solo in caso di ammissione in struttura)		<input type="checkbox"/> Soggetto civilmente obbligato o tutore	
		<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

.....