

# Scheda di segnalazione-Accesso

AZIENDA USL 7 DI SIENA

Zona distretto Senese

Punto Insieme di \_\_\_\_\_

## DATI ASSISTITO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Codice sanitario \_\_\_\_\_

Sesso: Maschio  Femmina  Cittadinanza \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ Titolo di studio \_\_\_\_\_

Residenza: Regione \_\_\_\_\_ Domicilio sanitario: Regione \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Az. USL \_\_\_\_\_ Azienda USL \_\_\_\_\_

Zona Distretto \_\_\_\_\_ Zona Distretto \_\_\_\_\_

Reperibilità: Regione \_\_\_\_\_ Medico assistito:  MMG  Pediatra I.s.

Comune \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Az. USL \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Zona Distretto \_\_\_\_\_

## SEGNALAZIONE

Tipo segnalazione: primo contatto  richiesta valutazione successiva non programmata

segnalatore: Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

A titolo di \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ N. Telefono \_\_\_\_\_

data segnalazione \_\_\_\_\_ Firma segnalante \_\_\_\_\_

## PERSONA DI RIFERIMENTO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

A titolo di \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ N. telefono \_\_\_\_\_

## BISOGNO/RICHIESTA ESPRESSA:

Assistenza domiciliare  ricovero in strutt. residenziale  ricovero in strutt. Semiresidenziale

Contributto economico  Altro (specificare).....

## PRIMA VALUTAZIONE GRUPPO DI PROGETTO

Caso semplice: Sociale  Sanitario  Caso complesso  Caso urgente

DATA CHIUSURA SCHEDA

RUOLO/FIRMA OPERATORE (LEGGIBILE)

.....

.....

