



Pubblica Assistenza
CROCE BLU
Gromo - Bg

CORONE DI
LEFFE

SERVIZIO TELESOCORSO

SCHEDA INFORMATIVA - RACCOLTA DATI

CODICE APPAR. NR.: _____ **modello: (Avviso, CT28):** _____

DATI ANAGRAFICI DELL'UTENTE:

NOME _____ COGNOME _____
NATO A: _____ IL: _____
RESIDENTE A: _____ CAP.: _____ PROV.: _____
VIA: _____ NR.: _____
RECAPITO TEL.: prefisso _____ / Nr. _____ CELL.: _____
STATO CIVILE _____ VIVE SOLO (si/no) _____ AUTOSUFFIC. (si/no) _____
ALTRO: _____

RIFERIMENTO PRATICO ABITAZIONE

FRAZIONE O LOCALITA': _____
TIPO DI ABITAZIONE _____ PIANO _____
RIFERIMENTO PRATICO (Chiesa/Municipio, negozio di, etc.): _____

SCHEDA MEDICA

AFFEZIONI PREVALENTI:

STORICO ULTIMI RICOVERI: (Massimo ultimi due anni)

<u>Data ricovero</u>	<u>Motivo</u>	<u>Ospedale</u>
1) _____	_____	_____
2) _____	_____	_____
3) _____	_____	_____

FARMACI ASSUNTI IN MANIERA CONTINUATIVA

1) _____ quantità: _____
2) _____ quantità: _____
3) _____ quantità: _____
4) _____ quantità: _____
5) _____ quantità: _____

RECAPITI PARENTI O ALTRI ABILITATI

E' indispensabile individuare e segnalare i nominativi di una o più persone di fiducia (parenti amici, conoscenti, o altri) a cui lasciare le chiavi della propria abitazione, disponibili ad intervenire in caso di chiamata.

1) NOME _____ COGNOME _____
VIA _____ NR. _____ CITTA' _____
NR. TEL.: prefisso _____ NR. : _____ CELL.: _____
CHI E' _____ HA LE CHIAVI (si/no) _____

2) NOME _____ COGNOME _____
VIA _____ NR. _____ CITTA' _____
NR. TEL.: prefisso _____ NR. : _____ CELL.: _____
CHI E' _____ HA LE CHIAVI (si/no) _____

3) NOME _____ COGNOME _____
VIA _____ NR. _____ CITTA' _____
NR. TEL.: prefisso _____ NR. : _____ CELL.: _____
CHI E' _____ HA LE CHIAVI (si/no) _____

4) NOME _____ COGNOME _____
VIA _____ NR. _____ CITTA' _____
NR. TEL.: prefisso _____ NR. : _____ CELL.: _____
CHI E' _____ HA LE CHIAVI (si/no) _____

NOTIZIE DI CARATTERE GENERALE

MEDICO CURANTE: Dott. _____ Tel.: _____ Cell. _____
(specificare se recapito ambulatorio)

GUARDIA MEDICA: località _____ Tel. _____

SERVIZIO AMBULANZA: _____ Tel. **118**

ASSIST. DOMICILIARE: _____ Tel. _____

ASSIST. SOCIALE: _____ Tel. _____

**A COMPLETAMENTO DELLE NOTIZIE SOPRA RICHIESTE, RITENGO IMPORTANTE
SEGNALARE QUANTO SEGUE:**

LEFFE' LI _____

FIRMA