

MdB 1 A – Relazione clinica

RELAZIONE CLINICA ANNESSA ALLA DOMANDA DI ACCOGLIMENTO

SIG./SIG.RA

SINTESI ANAMNESTICA

DIAGNOSI RILEVANTI

TERAPIA IN ATTO

PRESENZA DI MALATTIE DIFFUSIBILI O ALTRE CONDIZIONI CONTROINDICANTI LA VITA IN COMUNITA'

NO **SI**

Se si specificare

Osservazioni

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA:

1. *Copia eventuali lettere di dimissione da ospedale o relazioni specialistiche*
2. *Copia verbale di invalidità*
3. *Prescrizione medica dei farmaci in uso*

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
