

SERVIZIO ADA/SAD ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI**SCHEDA MEDICA INFORMATIVA RELATIVA AL/ALLA**

Signor/a _____ nat__ a _____

il ____ / ____ / _____ , residente _____

Capacità di farsi capire sufficiente parziale inesistente

Capacità visiva: sufficiente parziale inesistente

Capacità uditiva: sufficiente parziale inesistente

Capacità di alimentarsi da solo: SI - NO - con aiuto

Capacità di vestirsi da solo: SI - NO - con aiuto

Capacità di lavarsi da solo: SI - NO - con aiuto

Capacità di deambulazione: normale - con protesi - con aiuto - inesistente

Necessità di cure mediche continue: SI - NO

Necessità di sedativi: SI NO

Osservazioni generali e/o particolari sullo stato di salute:

Data

Firma e timbro del Medico Curante