

MODULO: FAMIGLIA	
SCHEDA SEMPLIFICATA ASSISTENTE DOMICILIARE N. Data ___/___/___	
<u>Persona da assistere</u>	_____
Data di Nascita	___/___/..... Et� [.....] Sesso [.....] Peso [.....] Altezza [.....]
<u>Richiesta per</u>	[.....]BADANTE FULL TIME [.....]COLF FULL TIME [.....]BADANTE PAR TIME [.....]COLF PAR TIME [.....]ALTRO:
<u>Richiesta a nome</u> <u>Sede di lavoro:</u>	_____ _____
<u>Cond. familiare</u>	Sposata [..] Separata [..] Divorziata [..] Vedovo [..] Conviventi in casa N. [.....] Autosufficienti [.....]
<u>Assistenza a paziente</u>	<u>[...] Autosufficiente [...] Non Autosufficiente</u> [...] Allettato [.....]Sedia a rotella [.....] Disabile
<u>Assistenza domestica</u>	[...] Prepara Pasti [.....]Lavori di casa [.....] Auto Doccia/bagno assistito [.....]
<u>Orario di lavoro</u>	<u>[...]Convivente [...] Diurno [...] Notturmo</u> [.....] Ad Ore Giorno libero [.....]
<u>Preferenza</u> Anni di esperienza richiesti	<u>Donna [.....] Uomo [.....] Et� richiesta [.....]</u> <u>Minore di 1 [.....] Minore di 5 [.....] Minore di 10 [.....]</u>
<u>Note personali paziente</u> Patologie presenti	<u>Tranquillo [.....] Supporti sanitari [.....]</u> _____
<u>Telefono Contatto:</u> Email Contatto	_____

DETTAGLI SULLA PERSONA/E DA ASSISTERE

Diabete		Insulina [SI] [NO]
Demenza senile		
Parkinson		
Alzheimer		
Allergie/Intolleranze		
Infermo a letto		Piaghe da dec. [SI] [NO]
Aiuto alzarsi dal letto		
Sollevatore		
Pannolone		
Igiene intima		
Catetere		
Cammina da solo		
Accompagnato		
Ausili		
Aiuto Scale		Montascale [SI] [NO]
Si aiuta nei movimenti		
Sempre in casa		Accomp. a passeggio
Di notte dorme		
Dare farmaci		Quali?
Lavori di casa		Fare la spesa [SI] [NO] Fare la Spesa [SI] [NO]
Indennità di accomp.		
Note caratteriali		
Intestatario della fattura		Cognome Nome Nato/a aIL/...../..... Sesso Indirizzo N. CittàCapProv. Cod.Fisc.Doc. Tel. Cell.Mail
Varie 2		
Varie		
Firma -----/-----/-----		----- (Firma di chi sottoscrive la richiesta del servizio)