

Da compilarsi a cura del medico curante
CERTIFICATO MEDICO DEL SIG./SIG.RA

Anamnesi patologica remota:

Anamnesi patologica prossima:

Pregressa TBC si no

Disturbi comportamentali si no

Il sig./ra è affetta da malattie contagiose si no

Pertanto può vivere in comunità si no

Terapie in atto:

Medicazioni in atto: si no

Sede: _____

Tipo: _____

Frequenza: _____

Allergie a farmaci e/o alimenti: si no

Quali: _____

Pertanto il paziente risulta, alla data della presente Certificazione e dall'elaborazione della scheda GEFI:

autosufficiente

parzialmente autosuf.

Non autosufficiente

(data)

(firma e timbro del medico)

Il paziente è informato che ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 30/06/03, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, i dati da lui stesso forniti potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza.

Per accettazione: paziente
 tutore
 amministratore di sostegno

Firma
