

**ASP CATANZARO - DSS di CATANZARO LIDO  
U.O. SERVIZI SOCIALI**

**Proposta Ricovero Struttura Residenziale sociosanitaria  
SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICA (MMG)**

**IDENTIFICAZIONE ASSISTITO**

Cognome e nome _____	data di nascita _____	Codice fiscale _____
Indirizzo _____	telefono _____	

- Coniugato/a
- Vedovo/a
- Separato/a
- Divorziato/a
- Celibe
- Nubile
- Figli conviventi \_\_\_\_\_
- Figli non conviventi \_\_\_\_\_

**PRINCIPALI PATOLOGIE IN ATTÒ E PREGRESSE**

Malattie o problemi	Trattamento	Postumi

**AUTOSUFFICIENZA**

FISICA	buona	scarsa	nulla
PSICHICA	buona	scarsa	nulla
SOCIALE	buona	scarsa	nulla
GLOBALE	buona	scarsa	nulla

**MOTIVO DELLA RICHIESTA**

Motivi per cui ritiene di dover suggerire la non assistibilità al domicilio


**BISOGNI ASSISTENZIALI MAGGIORMENTE RILEVANTI**


Dr. \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Timbro e firma MMG \_\_\_\_\_ Data valutazione \_\_\_\_\_