

**SCHEDA DI INGRESSO
PORTA UNICA D'ACCESSO - P.U.A.**

Tipologia Percorsi da attivare

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Assistenza Estemporanea | <input type="checkbox"/> Esenzione: |
| <input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare : | <input type="checkbox"/> Esenzione per status/reddito |
| <input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Programmata | <input type="checkbox"/> Patologia |
| <input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Integrata | <input type="checkbox"/> Assistenza di base |
| <input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Integrata Elevata | <input type="checkbox"/> Ricovero in RSA |
| <input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Alzheimer | <input type="checkbox"/> Trattamenti riabilitativi |
| <input type="checkbox"/> Assistenza protesica ed integrativa | |
| <input type="checkbox"/> Altro: | |

Riservato Distretto Sanitario _____:

Prot n.....

Data,

ASSISTITO

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ il _____

Stato civile _____ Residenza _____ Prov _____

Via _____ Domicilio attuale (se diverso della residenza)

Via _____ tel/cell _____

Tessera Sanitaria _____

REFERENTE

Cognome e Nome _____ grado parentela _____

Domicilio attuale via _____

Città _____ tel/cell _____

Operatore ricevente _____

Assegnato al Settore Distrettuale : _____ in data _____

Avvenuta evasione della pratica in data _____