

Piano proposto per esigenze assistenziali

<input type="checkbox"/> Consulenza specialistica _____
<input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica _____
<input type="checkbox"/> Interventi riabilitativi _____
<input type="checkbox"/> Assistenza sociale _____
<input type="checkbox"/> Altro _____

ACCESSI PROPOSTI	<input type="checkbox"/> ADI: _____
	<input type="checkbox"/> ADP: <input type="checkbox"/> accessi settimanali <input type="checkbox"/> accessi quindicinali <input type="checkbox"/> accessi mensili

Data _____

Il Medico di Medicina Generale

(timbro e firma)

SI AUTORIZZA per ADI ADP fino al _____

ACCESSI CONCORDATI	<input checked="" type="checkbox"/> ADP
	<input type="checkbox"/> accessi settimanali <input type="checkbox"/> accessi quindicinali <input type="checkbox"/> accessi mensili
	<input checked="" type="checkbox"/> ADI
	Cadenza accessi _____

Data dell'intesa _____

Il Medico di Medicina Generale
(timbro e firma)

Il Responsabile
del Servizio di Assistenza Domiciliare
(timbro e firma)