

	SERVIZIO MONITORAGGIO TELEMATICO SOGGETTI FRAGILI SCHEDA RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO	Pag. 1 di 5
--	--	-------------

Data di richiesta di attivazione:

Giorno	Mese	Anno

ANAGRAFICA BENEFICIARIO

Cognome			Nome		
Indirizzo			Città		
Prov.		CAP	Telefono abitazione		
Telefono (cellulare/altro)			Codice Fiscale		
Codice Fiscale (convivente)			Altezza	Peso	Data di nascita
Sesso	Note				

Non si desidera il servizio di Telemonitoraggio

Non si desidera il servizio di Telemonitoraggio dalle 22:30 alle 08:30

Se non si è rinunciato al servizio di Telemonitoraggio, indicare il nominativo e il recapito telefonico della persona incaricata per la sostituzione delle batterie dell'orologio (Caregiver o Ente Gestore):

Sig./Sig.ra _____ **tel.** _____

Richiede servizio di Video Assistenza **SI** **NO**

CHIAMATA DI COMPAGNIA / VERIFICA APPARATI *settimanale*

Fascia oraria					Giorno				
8-10	10-12	12-14	14-16	16-18	LUN	MAR	MER	GIO	VEN

	SERVIZIO MONITORAGGIO TELEMATICO SOGGETTI FRAGILI SCHEDA RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO	Pag. 2 di 5
--	--	-------------

LOGISTICA - ABITAZIONE

Suonare a (indicare quanto riportato sul campanello)			
Piano:	Scala:	Interno:	
Numero civico: - visibile		- Mancante	
- poco visibile		- Altro	
Ampiezza scale	- Ascensore :	SI	NO
Annotazioni:			
Localizzazione apparato:			

DESCRIZIONE STABILE – UBICAZIONE

- Isolata con accesso diretto dalla strada
- In stabile condominiale con accesso diretto dalla strada
- In stabile condominiale con accesso dalla scala interna
- Isolata con accesso da cortile interno
- Altro

NOMINATIVI DA CONTATTARE in ordine di priorità:

Cognome e nome	Legame	Chiavi: SI	NO
Indirizzo	Telefono		
Città	Provincia		
Altro indirizzo	Altro recapito		

Cognome e nome	Legame	Chiavi: SI	NO
Indirizzo	Telefono	Tempo	
Città	Provincia		
Altro indirizzo	Altro recapito		

	SERVIZIO MONITORAGGIO TELEMATICO SOGGETTI FRAGILI SCHEDA RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO	Pag. 3 di 5
--	--	-------------

Cognome e nome	Legame	Chiavi: SI NO
Indirizzo	Telefono	Tempo
Città	Provincia	
Altro indirizzo	Altro recapito	

Cognome e nome	Legame	Chiavi: SI NO
Indirizzo	Telefono	Tempo
Città	Provincia	
Altro indirizzo	Altro recapito	

Cognome e nome	Legame	Chiavi: SI NO
Indirizzo	Telefono	Tempo
Città	Provincia	
Altro indirizzo	Altro recapito	

Cognome e nome	Legame	Chiavi: SI NO
Indirizzo	Telefono	Tempo
Città	Provincia	
Altro indirizzo	Altro recapito	

MEDICI

Medico curante	
Abitazione	Tel.
Ambulatorio	Tel.

Servizio Soc.	Nome	Tel.
---------------	------	------

Assist. Domic.	Nome	Tel.
----------------	------	------

NUMERI UTILI GENERICI [NUMERO URBANO DI RETE FISSA]

112 – PRONTO INTERVENTO	Tel:
118 – AMBULANZA	Tel:
115 – VIGILI DEL FUOCO	Tel:
GUARDIA MEDICA	Tel:

NUMERI UTILI PARTICOLARI [NUMERO URBANO DI RETE FISSA]

112 – PRONTO INTERVENTO	Tel:
118 – AMBULANZA	Tel:
115 – VIGILI DEL FUOCO	Tel:
GUARDIA MEDICA	Tel:

ENTI GESTORI

Nome e tipo Ente Gestore			
Persona di riferimento 1		Tel.	Indirizzo
Persona di riferimento 2		Tel.	Indirizzo
Manleva totalmente l'RTI da Chiamata per verifica apparati		Sì	NO
Manleva totalmente l'RTI da Chiamate di compagnia		Sì	NO

SALUTE

<u>PATOLOGIE</u>		
- Cardiopatie		- Problemi di deambulazione
- Depressione		- Nevrosi
- Diabete		- Arteriosclerosi
- Cecità		- Sordità
- Malattie polmonari		- Etilismo
- Mutilazioni (specificare)		- Handicap
		- Altro (specificare)

MEDICINE utente

ALLERGIE utente

- Farmaci noti
- Farmaci non noti
- Polline e polveri
- Altro (specificare)

L'UTENTE E' ASSISTITO H24	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Note:		

DATA

FIRMA COMPILATORE

.....

.....

Correzione dati

Data	Segnalato da	firma
Data	Segnalato da	firma
Data	Segnalato da	firma

Revisione dati

Data		firma
Data		firma
Data		firma