



Contiene dati relativi alla salute: riservato al solo personale autorizzato alla trattazione degli stessi ai sensi dell'art.4 Regolamento UE 679/2016 e Informativa Generale Privacy pubblicata sul sito FISDE.

(da trasmettere, a cura della famiglia, alla Cooperativa incaricata del soggiorno, entro quindici giorni prima dell'inizio del soggiorno)

CERTIFICAZIONE SANITARIA FISDE

Cognome e Nome _____ data di nascita : ____/____/____

Indirizzo (Via, cap, città): _____

Codice Fiscale : _____

Familiari di riferimento: _____ telefono _____

Medico di famiglia e recapito telefonico : _____

Diagnosi: _____

Eventuali disturbi comportamentali da segnalare :

Malattie e interventi significativi riferiti all'ultimo anno:

Gruppo sanguigno : _____

Peso corporeo : _____ Altezza : _____

Ausili e protesi in uso:

deambulatore carrozzina materasso cuscino antidecubito

presidio per incontinenza ausili di contenimento/sollevamento

letto ortopedico protesi (specificare) _____

altro (specificare) _____

Terapie in atto (farmaci e posologia) : _____

Terapie al bisogno (farmaci e posologia): _____

Allergie : _____

Intolleranze alimentari: _____

Particolari prescrizioni dietetiche: _____

Eventuali controindicazioni ad attività motorie: SI NO

Informazioni eventuali (esempio creme per esposizione al sole)

Il Sig. per le patologie/disturbi indicati è in uno stato di non autosufficienza per quanto attiene le attività della vita autonoma e/o di relazione. Lo stesso può partecipare al soggiorno FISDE purchè assistito da personale addetto all'assistenza.

Luogo e data

Timbro e Firma del Medico curante
