



Città Azzurra

Modulo Inserimento

Attività Diurni

SCHEDA OSPITE

GIRASOLE Struttura Residenziale Riabilitativa Psichiatrica H 24 tel 0471-919473 mail: struttura.girasole@cittazzurra.it

Cognome Nome ospite

Telefono privato

Luogo e Data di Nascita

Residenza/Domicilio

Invalidità/esenzione ticket

Codice fiscale / n° tessera sanitaria

Stato tutela legale

Data Inser.mo/Dim.ne

Equipe CSM

Psichiatra

Inf.

Ass. Soc

Medico di base

cell

mail.

Amministratore di Sostegno

cell

mail.

Diagnosi

allergie:

Intolleranze alimentari:

dieta:

Motivo dell'Invio

Durata Inserimento

Referenti / Parenti / istituzioni coinvolte

tel

mail

tel

mail

tel

mail

TIMBRO MEDICO

DATA

FIRMA MEDICO