



CITTÀ DI TRAPANI

IV Settore - Servizi Sociali

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE AGLI ANZIANI

SCHEDA SULLO STATO DI SALUTE DI:

Signor _____ nat__ a _____

il ____ / ____ / _____, domiciliat__ / residente _____

Capacità di farsi capire SI NO

Capacità visiva: sufficiente parziale inesistente

Capacità uditiva: sufficiente parziale inesistente

Capacità di alimentarsi da solo: SI NO con aiuto

Capacità di vestirsi da solo: SI NO con aiuto

Capacità di lavarsi da solo: SI NO con aiuto

Capacità di deambulazione: normale con protesi con aiuto inesistente

Necessità di cure mediche continue SI NO

Necessità di sedativi: SI NO

Osservazioni generali e/o particolari sullo stato di salute:

Trapani, _____

Il Medico Curante
