

**ALLEGATO C**

**SCHEMA DI VALUTAZIONE SULLO STATO DI AUTOSUFFICIENZA**

- SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE -

Dott..... (telefono n°.....) con  
Ambulatorio in..... Via..... n.c.....

**PRIMA SEZIONE**

**Dati anagrafici assistito**

(si prega di scrivere in stampatello maiuscolo)

**SEZIONE A – DATI ANAGRAFICI**

A.1 COGNOME

A.2 NOME

 

A.3 SESSO

A.4 DATA DI NASCITA

A.5 COMUNE DI NASCITA

A.6 COMUNE DI RESIDENZA

A.7 VIA

A.8 N° CIVICO

A.9 TESSERA SANITARIA  
TELEFONO

A.10 EVENTUALE ESENZIONE TICKET

A.11 N°

**SEZIONE B – AUTOSUFFICIENZA**

B.1  **PERSONA NON AUTOSSUFFICIENTE**

B.1t  **temporaneamente**

B.1p  **permanentemente**

B.2  **PERSONA PARZIALMENTE  
AUTOSUFFICIENTE**

B.2t  **temporaneamente**

B.2p  **permanentemente**

B.3  **PERSONA CON LIMITAZIONE LIEVE  
DELL'AUTOSUFFICIENZA**

B.3t  **temporaneamente**

B.3p  **permanentemente**



il paziente è portatore di  
(specificare.....  
.....

Altro  
(specificare.....  
.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO