



FONDAZIONE ROMA

Per l'accesso al Villaggio Emmanuele F.M. Emanuele

Modulo di richiesta

Nome..... Cognome.....

Età..... Data di nascita.....

Referente familiare..... Grado di parentela.....

N° tel. referente.....

Diagnosi.....

Effettuata da..... il.....

Condizioni cliniche di rilievo

Disturbi cognitivi lieve moderato grave

Disturbi comportamentali lieve moderato grave

Disturbi dell'umore lieve moderato grave

Disturbi del linguaggio lieve moderato grave

Deambulazione autonoma con aiuto con ausili

Disturbi sensoriali Vista Udito

Alimentazione autonoma con aiuto

Comorbilità _____

Eventuali farmaci al bisogno

Farmaco (con dosaggio)	orario

Altro da segnalare:

(es. allergie e/o intolleranze...)

Firma del
richiedente _____

Firma del familiare (indicare il ruolo e il grado di parentela)

Firma e timbro del MMG _____

Telefono del MMG _____

Email del MMG _____

Roma il ___ / ___ / ____