SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL VITERBO

REGIONE LAZIO

☐DISTRETTO A	☐DISTRETTO B	☐DISTRETTO C

ALL. 2
(segue foglio firma)

ASSISTENZA PROGRAMMATA DOMICILIARE NEI CONFRONTI DI SOGGETTI NON AMBULABILI

SCHEDA DEGLI ACCESSI

ASSISTITO SIG. _____ NATO/A IL _____

DOMICILIO : _____

MEDICO DI FIDUCIA _____ COD. MEDICO _____

CARATTERISTICHE DEL PAZIENTE : **vedi certificazione allegata.**

_____

DURATA DEL PROGRAMMA : ⇨

- ☐ **ANNUALE**
- ☐ **SEMESTRALE**
- ☐ **TRIMESTRALE**

INIZIO DEL PROGRAMMA : _____ **FINE PROGRAMMA:** _____

ACCESSI CONCORDATI : ⇨

- ☐ **MENSILE**
- ☐ **QUINDICINALE**
- ☐ **SETTIMANALE**

^^^