



**CITTÀ DI CORBETTA**  
Prov. di Milano

*Servizi alla Persona*  
Via Roma, 17  
Tel. 02/97204359 – Fax 02/97480187

Allegato alla richiesta per il  
Servizio di Assistenza Domiciliare  
Presentata da \_\_\_\_\_  
per il Sig. \_\_\_\_\_

**SCHEDA SANITARIA**  
**Relativa alla persona per cui si richiede l'ammissione**  
*da compilarsi a cura del medico curante*

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data

**CONDIZIONI GENERALI:**     buone     mediocri     gravi

**ANAMNESI PATOLOGICA** (con riferimento a ricoveri ospedalieri recenti):

---

---

---

**SITUAZIONE CLINICA ATTUALE:**

---

---

---

**Per le patologie di cui è affetto il soggetto è seguito da:**

- medico curante Dr. \_\_\_\_\_;
- reparto ospedaliero \_\_\_\_\_;
- specialista ospedaliero Dr. \_\_\_\_\_;
- specialista ambulatoriale \_\_\_\_\_;
- altro \_\_\_\_\_ (specificare).

IL MEDICO CURANTE (*timbro e firma*)

Data \_\_\_\_\_