



Casa di Riposo - Missionarie della Divina Rivelazione  
Via delle Vigne Nuove, 459 - 00139 Roma  
Partita IVA: 17635201001 - CF: 97217730585 - Autorizzazione: CD/47463/2013  
info@comeinfamiglia.it - Tel. 06 871 309 63

## CERTIFICAZIONE MEDICA

### DI ACCESSO ALLA CASA DI RIPOSO

#### DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

COGNOME

NOME

La signora.....

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA

PROV.

DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

nata a.....

C.A.P.

COMUNE DI RESIDENZA

PROV.

INDIRIZZO (via, piazza, numero civico)

TELEFONO

residente a.....

#### PATOLOGIE

Cardiovascolari

Neurologiche

Psichiatriche

Respiratorie

Osteoarticolari

Genitourinarie

Gastroenteriche

Metaboliche

Socioambientali

#### SINTESI CLINICA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Casa di Riposo - Missionarie della Divina Rivelazione  
Via delle Vigne Nuove, 459 - 00139 Roma  
Partita IVA: 17635201001 - CF: 97217730585 - Autorizzazione: CD/47463/2013  
info@comeinfamiglia.it - Tel. 06 871 309 63

## TRATTAMENTI

Terapia farmacologica attuale:.....

.....  
.....  
.....  
.....

Terapia non farmacologica:.....

.....  
.....  
.....  
.....

Protesi ed ausili:.....

.....  
.....  
.....

La richiedente non presenta segni clinici di malattie infettive in atto e può vivere in comunità.

SI

NO

data

timbro e firma del Medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_