

**SCHEMA NOTIZIE**

**(All. E)**

**ASSISTITO DELL'ONA**

**INFERMO**

.....

**1. DA QUANTI ANNI È AFFETTO DALL'INFERMITÀ:** \_\_\_\_\_

**2. GRADO DI AUTOSUFFICIENZA:**

- È ALLETTATO \_\_\_\_\_ DEAMBULA AUTONOMAMENTE \_\_\_\_\_

- È AUTONOMO

NEI BISOGNI CORPORALI: \_\_\_\_\_

NELL'ALIMENTARSI: \_\_\_\_\_

NEL VESTIRSI: \_\_\_\_\_

**3. RICOVERI PRESSO OSPEDALI E/O CASE DI CURA PER L'INFERMITÀ SPECIFICA:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. VIVE IN CASA:** DA SOLO \_\_\_\_\_ CONVIVE CON L'ASSISTITO \_\_\_\_\_ PRESSO \_\_\_\_\_

**5. NECESSITA DEL SEGUENTE TIPO DI ASSISTENZA:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CON QUALE FREQUENZA:

\_\_\_\_\_

CON QUALI COSTI:

\_\_\_\_\_

*Dichiaro, sotto la mia responsabilità, che le notizie fornite rispondono a verità.*

*Firma dell'assistito dell'O.N.A.*

....., li.....

