



ASPIRATA SANITARIA PROVINCIALE
Uffici Legali: via G. Cusmano, 24
90141 Palermo - C.F. e P. I.V.A.:05841760829

Dipartimento per l'Integrazione Socio Sanitaria
UOC Assistenza socio-sanitaria demenze
Centro di Riferimento Regionale per le Demenze
Via G. LA LOGGIA, 3 Palermo
tel.: 091-7033327 fax:3330
EMAIL: centroalzheimer@asppalermo.org
Direttore F.F.: Dott. Angelo Di Salvo

Allegato 1 PO01 DSS - ASD 00

Al Direttore UOC Assistenza Sociosanitaria Demenze

Oggetto: Richiesta visita domiciliare.

Si richiede visita domiciliare per il sig.....
nato a.....il.....C.F.....
Residenza
Domicilio (se diverso dalla residenza).....
Recapito telefonico di contatto.....
Mail di contatto.....
affetto da.....

Allegare:

1. Ricetta dematerializzata di: 89.01 Visita Geriatrica di controllo + 93.01.4 Valutazione monofunzionale delle funzioni mentali specifiche con specifica di "visita domiciliare in paziente non deambulante e non trasportabile con i comuni mezzi"
2. Documentazione comprovante la diagnosi di Demenza rilasciata da CDCD o UVA.

Palermo li _____

(timbro e firma MMG)

N.B. Non saranno prese in considerazione richieste incomplete (mancanza di indirizzo, recapiti telefonici o privi di diagnosi di demenza certificata da CDCD o UVA).