



## **RICHIESTA DI PASSAGGIO IN CURA DA PARTE DEL MEDICO CURANTE ALL'EQUIPE DELL'HOSPICE**

Io sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

Medico Curante del Sig. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Richiedo**

Il passaggio in cura del suddetto paziente all'assistenza globale garantita dal personale assistenziale, medico e infermieristico, dell'Hospice di Grumo Appula.

Resto disponibile ad ogni informazione ulteriore necessaria e alla collaborazione con l'équipe, fermo restando l'impegno alla ripresa in carico eventuale, in caso di ritorno a domicilio.

Tel. \_\_\_\_\_

Giorni e Orari di disponibilità telefonica \_\_\_\_\_

Data  
\_\_\_\_\_

Firma MMG

\_\_\_\_\_

Medico Responsabile terapeutico subentrante:

Dott. \_\_\_\_\_

Per accettazione \_\_\_\_\_