



Azienda Sanitaria Locale BA
Distretto Socio Sanitario Uno
Ambito Territoriale
Comune di Giovinazzo – Comune di Molfetta
ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA

VERBALE n.

Assistito/a

Cognome e Nome **nato/a a** **il**

Residente a **in via** **n.**

Pervenuta il **Prot. n.** attivazione verifica proroga

Sintesi dei problemi attuali rilevati

.....

.....

.....

Sulla base della documentazione agli atti e di quanto emerso dalla valutazione multidimensionale, i presenti prendono le seguenti decisioni

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Codifica progetto assistenziale

- 1** Valutazione Rivalutazione
-
- 2** Assistenza Domiciliare Sanitaria
- Assistenza Infermieristica
- Trattamento Riabilitativo Fisioterapico
- Assistenza Psicologica

