



**MODULO DI DIMISSIONE
DALLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE**

MOD. 4

Il medico di famiglia dott.Tel. Ambulatorio.....

Tel. domicilio.....

del paziente

Cognome e Nome.....

Luogo e data di nascita...../...../...../.....

Residenza.....via.....n.....

Domicilio assistenza..... Tel.....

Preso in carico a domicilio dal/...../...../ comunica la dimissione del paziente dal regime di cure domiciliari per:

☐ decesso (indicare il luogo) data...../...../.....

☐ ricovero in residenza..... data...../...../.....

☐ (specificare il motivo)

☐ autonomia funzionale/ guarigione

☐ altro (specificare).....

Consegna registro prestazioni domiciliari:

Si consegna in allegato il registro prestazioni n. _____

Data/...../.....

MMG/PLS

(Firma e timbro)