



**VISITA EFFETTUATA DA
PALLIATIVISTA/ANESTESISTA/ORL/CHIRURGO**

MOD. 7

Al Direttore del Distretto di _____

Dichiaro che il giorno _____ alle ore _____ è stata effettuata visita

domiciliare dal dr. _____

specialista in _____, così come richiesto, per il

Sig. _____ in carico nelle cure domiciliari

residente in _____ alla via _____ n. _____

tel. _____

Indice di Karnofsky: _____ Scala del dolore _____ Entità del dolore _____

Diagnosi _____

Prestazione _____

Terapia _____

Il Medico / Palliativista/Anestesista/ORL/Chirurgo

(Timbro e firma)

Firma del familiare
