

CERTIFICATO MEDICO*Cognome e Nome:**Data di nascita:**Indirizzo:**Cap / Località:***Diagnosi principale:****Diagnosi secondarie:****Terapia:****Allergie:****Mini Mental Test** (risultato):**Grado di dipendenza:** autosufficiente - parzialmente dipendente - dipendente**Mobilità:** deambulazione libera - mezzi ausiliari → specificare: _____**Fisioterapia:** in corso - da prevedere - no fisioterapia**Tipo:** mobilizzazione - riabilitazione - attiva - passiva - altro: _____**Motivi che concorrono alla richiesta di ammissione:** Sollievo familiare - Problemi sociali (isolamento, ansia, bisogno di sicurezza) - Altri motivi (specificare) _____

Luogo e data:

Medico curante: