

Modulo di richiesta per una visita DAMA

Nome e cognome del paziente	
Data e luogo di nascita del paziente	
Residenza/ indirizzo del paziente	
Nome e cognome dei genitori, del caregiver o del tutore legale	
La tutela legale si riferisce anche alle cure mediche?	Si ☐ No ☐
Numero di telefono/cellulare dei genitori, dei caregiver o del tutore legale	
E-Mail dei genitori, dei caregiver o del tutore legale	
Medico di famiglia del paziente	
Diagnosi	
Motivo della visita	
Accompagnatore del paziente durante la visita	
Il paziente è in grado di camminare autonomamente?	Si ☐ No ☐
Il paziente parla o comunica con l' aiuto di qualcuno?	Si ☐ No ☐
Il paziente ha paura delle prestazioni mediche/ dell' ospedale?	Si ☐ No ☐
Comportamento che facilitano l' approccio?	

I genitori o il caregiver sono pregati di portare con sé i seguenti documenti del paziente al primo appuntamento:

- Referti medici precedenti
- Lettere di dimissione da ricoveri ospedalieri
- Referti psicologici

Luogo/data _____

Firma del genitore/tutore legale