

Rapporti con i familiari:	<input type="checkbox"/> frequenti	<input type="checkbox"/> occasionali	<input type="checkbox"/> inesistenti
Esce di casa:	<input type="checkbox"/> da solo/a	<input type="checkbox"/> accompagnato/a	<input type="checkbox"/> non è in grado
Fare la spesa:	<input type="checkbox"/> da solo/a	<input type="checkbox"/> accompagnato/a	<input type="checkbox"/> non è in grado
Preparazione dei pasti:		<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> dipendente
Gestione del denaro:		<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> controllo
Gestione dei farmaci:		<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> controllo
Uso del telefono:	<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> solo ricezione	<input type="checkbox"/> incapace

Motivo della richiesta di ricovero:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Questionario compilato da

.....

.....

Data

Firma e/o timbro del Servizio

.....