



## SCHEMA DI APPLICAZIONE STRUMENTI DI PROTEZIONE E TUTELA

COGNOME E NOME: ..... ETÀ: .....

PATOLOGIA PREVALENTE: .....

MEZZO DI PROTEZIONE: .....

ORARIO: .....

FREQUENZA DEI CONTROLLI: .....

REAZIONI DELL'OSPITE: .....

FREQUENZA REVISIONE DEL CASO: .....

### CONSENSO INFORMATO:

- l'ospite è stato informato ed ha espresso parere favorevole
- l'ospite è stato informato ed ha espresso parere contrario pur consapevole dei rischi a cui si espone ed esonera la Struttura da ogni responsabilità

FIRMA .....

- l'ospite non è in grado di esprimere il consenso informato e pertanto viene informato il



## SCHEDA DI APPLICAZIONE STRUMENTI DI PROTEZIONE E TUTELA

familiare

Sig. / sig. ra: ..... in qualità di .....

- esprime parere favorevole
- esprime parere contrario pur consapevole dei rischi a cui espone il proprio familiare ed  
esonera la Struttura da ogni responsabilità

DATA .....

FIRMA DEL MEDICO

.....

PER PRESA VISIONE: FISIOTERAPISTA

IP .....

.....