

SCHEDA DI ADESIONE AL PROGETTO INTRECCI SOCIALI

NB. Compilare in stampatello leggibile

1. Informazioni generali

Nome*	
Cognome*	
E-mail* (Nel caso non si possieda una e-mail personale, il fornitore del servizio provvederà a crearne una che verrà comunicata alla persona di riferimento indicata nella sezione 10)	
Data di nascita*	
Telefono*	
Sesso	
Domicilio*	
Altezza (cm)	
Peso (Kg)	

2. Stile di vita

(Barrare con una x la risposta corretta)

Fumatore	SI	NO		
Stile di vita	SEDENTARIO	SPORTIVO		
Dieta	MEDITERRANEA	VEGETARIANA	VEGANA	ONNIVORA

3. Diario clinico

(Barrare con una x le caselle SI/NO; in caso la risposta sia SI, si prega di indicare anche l'anno di insorgenza)

Diabete	SI	NO	Anno di insorgenza	
BPCO	SI	NO	Anno di insorgenza	
Ipertensione	SI	NO	Anno di insorgenza	
Ictus/TIA	SI	NO	Anno di insorgenza	
Scopenso cardiaco	SI	NO	Anno di insorgenza	

4. Altre patologie

(Indicare patologia e relativo anno di insorgenza)

	Anno di insorgenza	

*CAMPI OBBLIGATORI

5. Stato di salute

(Indicare eventuali informazioni utili)

6. Intolleranze

7. Allergie

8. Informazioni visibili sul SALVAVITA

Come aiutarmi in caso di necessità

(Indicare n° telefono e nome della persona da contattare o altre informazioni utili)

Medico di riferimento*

Telefono medico di riferimento

E-mail medico di riferimento

9. Servizi attivabili*

(Barrare con una x le caselle SI/NO)

Consegna farmaci	SI	NO
Nome farmacia di riferimento (se presente)		
Indirizzo farmacia di riferimento (se presente)		
Accompagnamento/pratiche uffici	SI	NO
Prenotazioni visite/esami	SI	NO
Spesa a domicilio	SI	NO

10. Persona di riferimento*

(Indicare nel campo Relazione il legame che lega l'utente con la persona di riferimento es. vicino di casa, familiare, amico, ecc...)

Persona 1	Nome	
	Cellulare	
	E-mail	
	Relazione	

Persona 2	Nome	
------------------	-------------	--

*CAMPI OBBLIGATORI

	Cellulare	
	E-mail	
	Relazione	

11. Note

12. Altre informazioni

(Barrare con una x le caselle SI/NO)

Possiede uno smartphone ad uso personale? *	SI	NO
Marca e/o modello		
Numero		

In casa è disponibile un collegamento WIFI ad Internet? *	SI	NO
--	----	----

Chi è in grado di compilare le informazioni sanitarie del beneficiario?	IO	PERSONA DI RIFERIMENTO INDICATA NELLA SEZIONE 10	ALTRI (indicare nome ed e-mail)
--	----	--	------------------------------------

N° cinturino _____

N° scheda _____



INFORMATIVA PRIVACY

Informativa ai sensi del Regolamento UE 679/2016 I dati personali raccolti saranno trattati anche con modalità informatizzate da Medbook s.r.l. nel rispetto della vigente normativa e degli obblighi di riservatezza, nell'ambito delle proprie attività per finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto con l'interessato e di adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti e normativa comunitaria.

Il trattamento potrà essere effettuato anche dai partner di progetto, ovvero Fondazione Carispezia, Cooperativa Sociale Beverino di Comunità, Croce Bianca di Beverino, Croce Verde di Pignone, Consorzio Campo del Vescovo, Comune di Pignone, Comune di Zignago che forniscono specifici servizi elaborativi, amministrativi o strumentali necessari per il raggiungimento di dette finalità.

Il conferimento dei dati è necessario per la gestione dei rapporti di cui sopra. Responsabile del trattamento dei dati: Medbook srl – Piazza Guerrazzi, 9 - 56125 Pisa – info@mymedbook.it

Autorizzo Il Trattamento Dei Dati Personali*

SI

NO

Data

Firma

*CAMPI OBBLIGATORI