

SCHEDA SOCIALE

DATI ANAGRAFICI		1^ COMPILAZIONE - DATA	
COGNOME			
NOME			
STATO CIVILE			
DATA DI NASCITA			
LUOGO DI NASCITA			
NAZIONALITA'			
LUOGO DI PROVENIENZA		Casa <input type="checkbox"/>	Ospedale <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>
AREA RELAZIONALE			
PARENTI	figli	<input type="checkbox"/>	
	Coniuge	<input type="checkbox"/>	
	Fratelli	<input type="checkbox"/>	
	nipoti	<input type="checkbox"/>	
CAREGIVER (chi si occupa dell'anziano)	(specificare)	<input type="checkbox"/>	
RETI INFORMALI	Amici	<input type="checkbox"/>	
	Conoscenti	<input type="checkbox"/>	
	Vicini di casa	<input type="checkbox"/>	
SCOLARITA'	Licenza elementare	<input type="checkbox"/>	
	Licenza media	<input type="checkbox"/>	
	Professionali	<input type="checkbox"/>	
	Diploma superiore	<input type="checkbox"/>	
	Altro	<input type="checkbox"/>	
PROFESSIONE SVOLTA			
LINGUA	Italiano <input type="checkbox"/>	Altra lingua <input type="checkbox"/> quale?	
DIALETTO	<input type="checkbox"/>	Di dove?	

Motivazione del ricovero _____

Consapevolezza del ricovero _____

Religione Cattolica Altra religione _____
 Praticante Non praticante

Altro:

Firma ospite/familiare/caregiver _____

Allegato al contratto d'ingresso dell'ospite

SERVIZI TERRITORIALI COINVOLTI	NOME E COGNOME		RIFERIMENTO TELEFONICO
SERVIZI SOCIALI COMUNALI			
MEDICO DI BASE			
SERVIZIO ASL			
ALTRO			
TUTELA GIURIDICA	NOME E COGNOME		RIFERIMENTO TELEFONICO
1) TUTORE (se nominato)			
2) A.D.S. (se nominato)			
ATTO DI NOMINA DI (1) O (2)			
INVALIDITA' CIVILE			
NO <input type="checkbox"/>	SI – POSSEDUTA <input type="checkbox"/>	PERCENTUALE	
INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO			
NO <input type="checkbox"/>	SI – POSSEDUTA <input type="checkbox"/>		
SITUAZIONE PENSIONISTICA			
TIPOLOGIA			
ALTRI TIPI DI SUSSIDI			
RILEVAZIONI BISOGNI OSPITE	INDIPENDENTE	SEMI INDIPENDENTE	DIPENDENTE
IGIENE PERSONALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VESTIZIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IGIENE AMBIENTALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPESE E DISBRIGO PRATICHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SORVEGLIANZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERSONE COINVOLTE NEL SODDISFACIMENTO DEI BISOGNI:

INTERESSI/ABITUDINI DI VITA

Firma ospite/familiare/caregiver _____

Allegato al contratto d'ingresso dell'ospite