

DATI ANAGRAFICI		1^ compilazione - data:	
Cognome			
Nome			
Stato Civile			
Data di nascita			
Luogo di nascita			
Nazionalità			
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"/>	
Scolarità	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 / parente / caregiver _____

allegato al contratto d'ingresso dell'ospite

SERVIZI TERRITORIALI COINVOLTI		NOME E COGNOME	RIFERIM. TELEFONICO
SERVIZI SOCIALI COMUNALI			
MEDICO DI BASE			
SERVIZIO ASL			
ALTRO			
TUTELA GIURIDICA		NOME E COGNOME	RIFERIM. TELEFONICO
1) TUTORE (se nominato:)			
2) AMMIN. DI SOSTEGNO (se nominato:)			
ATTO DI NOMINA DI (1) o (2) : _____			

INVALIDITA' CIVILE			
NO	SI - POSSEDUTA	PERCENTUALE:	
INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO			
NO	SI - POSSEDUTA		
SITUAZIONE PENSIONISTICA			
TIPOLOGIA:			
ALTRI TIPI DI SUSSIDI			

RILEVAZIONE BISOGNI OSPITE	INDIPENDENTE	SEMI INDIPENDENTE	DIPENDENTE
IGIENE PERSONALE			
VESTIZIONE			
IGIENE AMBIENTALE			
SPESE E DISBRIGO PRATICHE			
SORVEGLIANZA			

PERSONE COINVOLTE NEL SODDISFACIMENTO DEI BISOGNI:

INTERESSI / ABITUDINI DI VITA
