



## RICHIESTA DI AMMISSIONE RESIDENZIALE

### DATI DELLA PERSONA DA AMMETTERE

<input type="checkbox"/> MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA			
Cognome e Nome			
Stato Civile			
Codice Fiscale			
Nato/nata il		Comune o Stato Estero di Nascita	
Comune di residenza		Provincia	
Indirizzo			
Telefono			
n. Figli Maschi			
n. Figlie Femmine			
Scolarizzazione			
Professione <b>prima della pensione</b>			

### Principale motivo della richiesta di ammissione

INDICARE UNA SOLA RISPOSTA

- La persona da ricoverare ha perso l'autonomia fisica / psichica
- L'attuale alloggio non è più idoneo
- La persona da ricoverare vive solo/a
- La famiglia non è in grado di provvedere alla sua salute
- altre motivazioni – precisare: \_\_\_\_\_





### Tipologia della persona da ammettere

- NON AUTOSUFFICIENTE PARZIALE / TOTALE (NAT)  
**retta giornaliera omnicomprensiva € 70,00**
- Malato di ALZHEIMER  
**retta giornaliera omnicomprensiva € 72,00**
- Camere SOLVENTI  
**retta giornaliera € 92,00**
- Camere SOLVENTI PERIODO ESTIVO DAL 01.06 AL 30.09  
**retta giornaliera € 95,00** - supplemento per camera singola € 10,00 giornalieri

### La persona da ammettere usufruisce di

#### ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO

- SÌ  NO  Ha presentato domanda

### Numero vaccinazioni anti covid 19 effettuate \_\_\_\_\_

### Onere della retta

- IN PROPRIO
- A PARZIALE CARICO COMUNE
- A TOTALE CARICO COMUNE

### Per la persona da ammettere è stato nominato un

- TUTORE
- CURATORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

---

### DATI DELLA PERSONA CHE INOLTRA LA DOMANDA DI AMMISSIONE

Cognome e Nome	
Codice Fiscale	





Grado di parentela con la persona da ammettere			
Nato/nata il		Comune o Stato Estero di Nascita	
Comune di residenza			Provincia
Indirizzo			
Numeri di telefono di riferimento			

#### ALTRE PERSONE DI RIFERIMENTO

Cognome e Nome			
Grado di parentela con la persona da ammettere			
Comune di residenza			Provincia
Indirizzo			
Numeri di telefono di riferimento			

La presente domanda di ammissione **ha validità di un anno** dalla data di inoltro: trascorso tale termine dovrà essere rinnovata allegando la certificazione medica aggiornata. Il/la sottoscritto/a **si impegna**, al momento dell'ammissione dell'ospite, al pagamento totale della retta stabilita per tutto il periodo di permanenza dello stesso.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_





## Informativa ed espressione del Consenso ai sensi del Regolamento UE 2016/679

I dati acquisiti sono utilizzati esclusivamente a scopi amministrativi per la presentazione della domanda di ammissione e la gestione delle comunicazioni e degli adempimenti conseguenti. Per nessun motivo tali dati saranno resi pubblici o ceduti a terzi. I dati sopra riportati sono destinati esclusivamente alla Società indicata come destinatario.

La comunicazione e diffusione dei dati sopra riportati a soggetti diversi da quelli indicati, od in generale qualsivoglia utilizzo illecito dei dati ivi contenuti, è proibita ai sensi del Reg. UE/679/2016.

La informiamo infine che in ogni momento potrà esercitare i diritti nei confronti del Titolare del trattamento ai sensi del Reg. UE/679/2016, quindi ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati, conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza, chiederne l'integrazione, l'aggiornamento, la rettifica, la cancellazione, la limitazione di trattamento, la portabilità, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al loro trattamento. In caso di assenza del consenso al trattamento dati la Fondazione non potrà accogliere la presente domanda.

### Per presa visione ed espressione del Consenso

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'ospite

\_\_\_\_\_

Firma del familiare/responsabile

\_\_\_\_\_

Firma del tutore/curatore/amministratore di sostegno

\_\_\_\_\_





## SCHEDA DI INSERIMENTO

### CERTIFICAZIONE DA PARTE DEL MEDICO CURANTE

<b>Anagrafica</b>	Nome	Cognome
	Nato a	Il
	Residente a	Via
<b>Anamnesi patologica remota</b>  oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)		
<b>Malattie infettive note</b>  epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse		
<b>Situazione clinica attuale</b>  patologie in atto condizioni invalidanti		

MEDICO CURANTE





<b>Dispositivi in uso</b>	<input type="checkbox"/> Catetere vescicale <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Pace-maker <input type="checkbox"/> Tracheostomia <input type="checkbox"/> Broncoaspirazione <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) <input type="checkbox"/> Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno <input type="checkbox"/> Ventilatore per insuff. respiratorie gravi	<input type="checkbox"/> Sondino naso-gastrico <input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale <input type="checkbox"/> ICD (defibrillatore) <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Porth-a-cath
<b>Ausili/presidi in uso</b>  Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori		
<b>Lesioni da decubito</b>  <b>Ferite chirurgiche in trattamento</b>  Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)		
<b>Terapia in atto</b>  Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro)		
<b>Cadute negli ultimi 6 mesi</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

MEDICO CURANTE





<b>Interventi programmati</b>  necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	<input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sì Specificare _____ _____ _____	
<b>Stato nutrizionale</b>	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi 6 mesi  Note _____ _____ _____	
<b>Giudizio sulla stabilità clinica</b>	<input type="checkbox"/> <b>Stabile</b>	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.
	<input type="checkbox"/> <b>Moderatamente stabile</b>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni
	<input type="checkbox"/> <b>Moderatamente instabile</b>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana
	<input type="checkbox"/> <b>Instabile</b>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano
	<input type="checkbox"/> <b>Acuzie</b>	con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani
<b>Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Si richiede visita domiciliare

MEDICO CURANTE

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_





## SCHEDA DI INSERIMENTO

### PARTE PER LA FAMIGLIA / CAREGIVER

<b>Anagrafica</b>	Nome	Cognome
	Nato a	Il
	Residente a	Via
<b>Professione, pensione, invalidità</b>	<b>Professione svolta in passato</b>	
	<b>Pensione</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Ente erogatore
	<b>Invalidità</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Ente erogatore
<b>Modalità di gestione del reddito</b>	<input type="checkbox"/> Anziano stesso	
	<input type="checkbox"/> Familiare	
	<input type="checkbox"/> Amministratore	
	<input type="checkbox"/> Altro	
<b>Persona/familiare di riferimento</b>  Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)		

FAMIGLIA / CAREGIVER







<b>Medico di Medicina Generale</b>	Dr. / Dr.ssa
	Recapito telefonico
<b>Servizi di supporto in atto</b> assistente domestica, ADI; servizio pasti a domicilio, Centro diurno, ecc...	
<b>Provenienza</b> Domicilio; Ospedale, Istituto di Riabilitazione, RSA, altro	
<b>Tipo di inserimento in RSA/CDI/Miniali.</b>	<input type="checkbox"/> Temporaneo
	<input type="checkbox"/> Definitivo
	<input type="checkbox"/> Altro
<b>Aspettativa della famiglia e/o dell'ospite</b>	
<b>Rete familiare</b> (Persone conviventi: coniuge, figli, altro)	
<b>Eventuali lutti recenti</b> (coniuge; altro)	
<b>Diete particolari</b>	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì Specificare _____ _____
<b>Comportamenti Autolesivi</b>	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì Specificare _____ _____

FAMIGLIA / CAREGIVER





<b>Fumo</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<b>Alcol</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<b>Interessi attuali</b> lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
<b>Capacità di nutrirsi</b>	<input type="checkbox"/> Autonomo
	<input type="checkbox"/> Necessità di stimolo o sorveglianza
	<input type="checkbox"/> Deve essere imboccato
<b>Masticazione</b>	<input type="checkbox"/> Normale
	<input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi duri
	<input type="checkbox"/> Mangia solo cibi molli
	<input type="checkbox"/> Non si alimenta per bocca
<b>Protesi dentaria</b>	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì e la usa
	<input type="checkbox"/> Sì ma NON la usa
<b>Piccola igiene personale</b> (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	<input type="checkbox"/> Autonomo
	<input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo
	<input type="checkbox"/> NON autonomo
<b>Bagno / doccia</b>	<input type="checkbox"/> Autonomo
	<input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo
	<input type="checkbox"/> NON autonomo
<b>Continenza vescicale</b>	<input type="checkbox"/> Continente
	<input type="checkbox"/> NON continente
	<input type="checkbox"/> Uso di pannoloni
	<input type="checkbox"/> Catetere

FAMIGLIA / CAREGIVER





<b>Continenza intestinale</b>	<input type="checkbox"/> Continente
	<input type="checkbox"/> NON continente
	<input type="checkbox"/> Uso di pannoloni
	<input type="checkbox"/> Stomia
<b>Uso dei servizi igienici</b>	<input type="checkbox"/> Autonomo
	<input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo
	<input type="checkbox"/> NON autonomo
<b>Capacità di vestirsi</b>	<input type="checkbox"/> Autonomo
	<input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo
	<input type="checkbox"/> NON autonomo
<b>Vista</b>	<input type="checkbox"/> Normale
	<input type="checkbox"/> Con lenti
	<input type="checkbox"/> Cecità
<b>Udito</b>	<input type="checkbox"/> Integro
	<input type="checkbox"/> Con ausilio
	<input type="checkbox"/> Sordità
<b>Capacità di leggere</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<b>Capacità di scrivere</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<b>Linguaggio</b>	<input type="checkbox"/> Normale
	<input type="checkbox"/> Alterato
<b>Mobilità</b>	<input type="checkbox"/> Normale
	<input type="checkbox"/> Con ausilio
	<input type="checkbox"/> Protesi
	<input type="checkbox"/> Allettato
<b>Capacità di salire le scale</b>	<input type="checkbox"/> Normale
	<input type="checkbox"/> Con ausilio

FAMIGLIA / CAREGIVER





	<input type="checkbox"/> Non in grado	
<b>Trasferimento letto / carrozzina / poltrona</b>	<input type="checkbox"/> Normale	
	<input type="checkbox"/> Con ausilio	
	<input type="checkbox"/> Non in grado	
<b>Uso della sedia a rotelle</b>	<input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> È autonomo nell'uso	
<b>Ausili utilizzati</b>	<input type="checkbox"/> Nessuno	
	<input type="checkbox"/> Sì	Specificare quali
	<input type="checkbox"/> Di proprietà	<input type="checkbox"/> Fornito da
	In data	
<b>Accetta la terapia</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b>Assume la terapia autonomamente</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<b>Sonno / riposo</b>	<input type="checkbox"/> Normale	
	<input type="checkbox"/> Disturbato	
	<input type="checkbox"/> Insonnia	
<b>Aggressività</b>	<input type="checkbox"/> Sì	
	<input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> A volte	
<b>Tendenza alla fuga / perdersi</b>	<input type="checkbox"/> Sì	
	<input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> A volte	

FAMIGLIA / CAREGIVER





FAMIGLIA / CAREGIVER	<b>Cadute negli ultimi 6 mesi</b>	<input type="checkbox"/> Sì n. _____
		<input type="checkbox"/> No
	<b>Utilizza una contenzione</b>	<input type="checkbox"/> Sì Specificare _____
		<input type="checkbox"/> No
	<b>Previsione di contatti con il paziente</b> (es: n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)	

All'atto del ricovero, **si raccomanda di consegnare tutta la documentazione sanitaria dell'ospite.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_





## SCHEDA SOCIALE

### DATI ANAGRAFICI

1° Compilazione, data \_\_\_\_\_

Nome			
Cognome			
Stato Civile			
Data di Nascita			
Luogo di Nascita			
Nazionalità			
Luogo di provenienza	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Ospedale	<input type="checkbox"/> Altro

### AREA RELAZIONALE

<b>Parenti</b>	Figli	
	Coniuge	
	Fratelli	
	Nipoti	
<b>Caregiver</b> chi si occupa dell'anziano		





<b>Reti Informali</b>	Amici	
	Conoscenti	
	Vicini di casa	
<b>Scolarità</b>	<input type="checkbox"/> Licenza elementare	
	<input type="checkbox"/> Licenza media	
	<input type="checkbox"/> Professionali	
	<input type="checkbox"/> Diploma superiore	
	<input type="checkbox"/> Altro	
<b>Professionalità svolta</b>		
<b>Lingua</b>	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Altra lingua Specificare _____
<b>Dialetto</b>	<input type="checkbox"/> Sì Specificare _____	
<b>Motivazione del ricovero</b>		
<b>Consapevolezza del ricovero</b>		
<b>Religione</b>	<input type="checkbox"/> Cattolica	
	<input type="checkbox"/> Altra religione Specificare _____	
	<input type="checkbox"/> Praticante	
	<input type="checkbox"/> NON praticante	
<b>Altro</b>		





## SERVIZI TERRITORIALI COINVOLTI

Tipologia	Nome e Cognome	Recapito Telefonico
Servizi Sociali Comunali		
Medico di Base		
Servizio ASL		
Altro		

## TUTELA GIURIDICA

	Nome e Cognome	Recapito Telefonico
1] Tutore se nominato		
2] A.D.S. se nominato		
Atto di nomina di [1] o [2]		

<b>Invalità Civile</b>	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì Percentuale _____
<b>Indennità di Accompagnamento</b>	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì
<b>Situazione Pensionistica</b>	Tipologia
	Altri tipi di sussidi







---

## RILEVAZIONE BISOGNI OSPITE

Tipologia	Indipendente	Semi-indipendente	Dipendente
Igiene personale			
Vestizione			
Igiene ambientale			
Spese e disbrigo pratiche			
Sorveglianza			

<b>Persone coinvolte nel soddisfacimento dei bisogni</b>	
<b>Interessi Abitudini di vita</b>	

---

Allegato al contratto di ingresso dell'ospite.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

