DOMANDA D’AMMISSIONE

Tramite il presente formulario il richiedente ha la possibilità di trasmettere la domanda di richiesta d’ammissione la quale funge di “iscrizione in lista di attesa”. Quest’ultima non è vincolante per la nostra Casa di Riposo, ma attraverso di essa la Direzione potrà prendere conoscenza di alcuni elementi essenziali e verificarne la relativa urgenza.
Dopo la relativa valutazione ed in base alla disponibilità la Direzione prenderà direttamente contatto con la/il richiedente per la relativa ammissione.
Una volta decisa la data d’ammissione, la/il richiedente dovrà presentare al più tardi al momento dell’entrata in Casa Anziani la documentazione necessaria per le pratiche d’ammissione e amministrative.

Dati Generali:

Soggiorno: ☐ Permanente ☐ Temporaneo (max. 3 mesi)
In lista in altre case per anziani: ☐ Sì ☐ No

Dati anagrafici richiedente:

Cognome		Cognome da nubile	
Nome		Sesso	☐ M ☐ F
Data di nascita		Luogo di nascita	
Via e no.		NAP e Luogo	
No. telefono		No. AVS	
Nazionalità		Se straniero, permesso	
Stato civile	☐ Celibe/nubile ☐ Coniugato	☐ Divorziato ☐ Vedovo	
Cognome e Nome coniuge			

Cassa malati:

Nome		Sede di	
No. assicurato			

Persona di riferimento:

Grado di parentela	☐ Figlio/a ☐ Fratello/Sorella ☐ Altro (specificare): ☐ Coniuge ☐ Genitore ……		
Cognome		Nome	
Via e no.		NAP e Luogo	
No. telefono		e-mail	

Certificato medico
(per l'incarto medico, da indirizzare all'amministrazione)

Cognome e nome: _____

Data di nascita: _____

Indirizzo: _____

1. Diagnosi

_____

_____

_____

_____

_____

2. Disturbi fisici

Disturbi cardiovascolari: _____

Disturbi respiratori: _____

Disturbi digestivi: _____

Capacità visiva: _____

Capacità uditiva: _____

Altri disturbi: _____

3. Disturbi psichici

Psicosi: _____

Depressione: _____

Disturbi caratteriali: _____

Tendenze suicidali: _____

Etilismo: _____

Mini Mental Test (risultato): _____ eseguito il: _____

Orientamento spazio temporale: _____

Rischio di fuga: _____

4. Grado di autonomia

È in grado di compiere gli atti quotidiani: _____

Incontinenza urinaria: _____

Incontinenza encopretica: _____

È costretto/a a letto: _____

Può vestirsi da solo/a: _____

Può lavarsi da solo/a: _____

Può mangiare da solo/a: _____

Deambulazione: _____

5. Diversi

Malattie infettive/contagiose: _____

Allergie: _____

Lo stato attuale è: □ stazionario □ suscettibile di peggioramento

Terapia e dosaggi attualmente in corso:

vedi tabella allegata:

Dieta/alimentazione:

_____

Osservazioni:

_____

_____

Luogo e data: Timbro e firma del medico

Allegare copia della documentazione medica recente (rapporti ospedalieri).

Terapia e dosaggi attualmente in corso (p.f. scrivere in stampatello):

Medicamento / dosaggio	8.00	12.00	18.00	21.00

Osservazioni:

_____

_____

_____

_____

Luogo e data: Timbro e firma del medico

_____