

Spettabile
Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
"San Giuseppe" di Primiero
Viale Marconi n.19
38054 PRIMIERO
SAN MARTINO DI CASTROZZA (TN)

OGGETTO: domanda d'ammissione in Casa di Soggiorno

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il _____
a _____ residente a _____
in Via _____,
recapito telefonico: tel. _____ cell. _____.

c h i e d e

- di essere accolto nella Casa di Soggiorno per Anziani "S. Giuseppe" Primiero;
- in qualità di _____ (specificare il grado di parentela con il soggetto per cui presenta la domanda) l'ammissione del/della Sig./a _____, nato/a il _____ a _____ stato civile _____, residente a _____ in Via _____.

A tale scopo dichiara:

provenienza:

- domicilio: vive da solo
- domicilio: vive in famiglia con _____
- Ospite di _____
- Ospedale o Casa di cura _____
- Altra Casa di Riposo _____

Dichiara inoltre di aver ricevuto copia del Regolamento della Casa di Soggiorno di essere quindi a conoscenza e di accettare le norme vigenti che regolano la vita interna dell'Istituzione.

Esprime altresì il consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, a cura del personale assegnato all'ufficio preposto.

Data _____

Firma _____

Eventuali comunicazioni scritte e/o telefoniche dovranno essere inviate al seguente indirizzo:

Cognome e nome _____

Via _____

Città _____

telefono _____

COMUNICAZIONI MEDICO-SANITARIE:

Si dichiara che il/la Sig./a _____
nato/a _____ il _____ e residente a _____

n. codice sanitario |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

n. esenzione ticket |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Proveniente da:

- Domicilio
- Ospedale _____
- Altro Istituto _____

Presenta la seguente diagnosi:

La terapia seguita attualmente è la seguente:

Altre notizie di carattere clinico:

problemi psichiatrici (se si specificare tipologia)

insonnia

incontinenza

altro

Pressione arteriosa _____

Frequenza cardiaca _____

Allegare:

lettere di dimissioni da eventuali ricoveri ospedalieri

referti di visite specialistiche eseguite.

referti di esami di laboratorio eseguiti.

referti di indagini radiologiche eseguite.

NOTIZIE INFORMATIVE SULLE CONDIZIONI GENERALI DELL'OSPITE:

1. Accudisce autonomamente all'igiene personale SÌ NO

2. Si muove con totale autonomia SÌ NO

3. Ha bisogno di essere accompagnato SÌ NO

4. Ha bisogno di carrozzella o ausili che agevolano gli spostamenti. SÌ NO

5. E' allettato/a SÌ NO

6. E' possibile un recupero motorio SÌ NO

7. Ha particolari esigenze dietetiche SÌ NO
Se sì specificare quali

Data _____

IL MEDICO CURANTE

N.B.: Al momento dell'ingresso, il medico della Casa di Soggiorno verificherà con il medico curante eventuali variazioni dello stato di salute della persona intercorse dalla data di compilazione del presente quadro clinico.