

DOMANDA DI AMMISSIONE Data _____

Spazio riservato all'Ospite:
Con la presente il/la sottoscritto/a

Nome: _____ Cognome: _____

Nato/a il: _____ Luogo di nascita: _____

Residente in

Via _____ N° _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Domiciliato/a in

Via _____ N° _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

Indirizzo email: _____

Chiede la possibilità di essere ospitato/a presso la Casa di Riposo "San Giovanni Battista", sita in Via Santo Chierico, 18 Figline Vegliaturo (CS).

Motivazione della richiesta:

Dichiara la volontà di essere ospitato/a presso la Casa di Riposo "San Giovanni Battista" per i seguenti motivi:

Dichiara quale referente il proprio figlio/a

Nome: _____ Cognome: _____

Residente in:

Via _____ N° _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

Indirizzo email: _____

Il proprio parente:

Nome: _____ Grado di Parentela: _____

Cognome: _____

Residente in:

Via _____ N° _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

Indirizzo email: _____

Nel caso di assenza di parenti, indicare altra persona di riferimento:

Nome: _____ Cognome: _____

Residente in:

Via _____ N° _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

Indirizzo email: _____

Indicare a che titolo rappresenta l'Ospite: _____

Il/la sottoscritto/a è consapevole che la presente domanda non vincolante per la Casa, costituisce richiesta di ammissione.

- Dichiaro di essere in una condizione di autosufficienza (Completa - Parziale) ed esenzione da malattie infettive attestate da idonea certificazione medica
- Dichiaro di accettare e di osservare la Carta dei Servizi e Regolamento interno della struttura affinché le regole della convivenza siano comprese e condivise
- Dichiaro di aver letto l'informativa sulla privacy (Art. 13 Regolamento Europeo 679/2016) e di prestare il libero consenso al trattamento dei dati personali.

Data _____ Firma (Richiedente/Persona di riferimento) _____

IL RESPONSABILE:

- ACCETTA
- NON ACCETTA

La richiesta con riserva di verifica della disponibilità e con possibilità di inserire la richiesta nelle liste di attesa in vigore presso la Casa di Riposo San Giovanni Battista.

FIRMA RESPONSABILE

2) IMPEGNATIVA DEL RICHIEDENTE OSPITE (o di chi ne fa le veci)

Il/la sottoscritto/a è a conoscenza delle norme di regolamento e dichiara di impegnarsi a corrispondere a codesta società, con decorrenza dalla data del giorno d'ingresso, la retta giornaliera di €_____.

Il/la sottoscritto/a è a conoscenza che, in caso d'inosservanza dell'obbligo assunto con la presente dichiarazione, la direzione si riserva il diritto di rinviarlo in famiglia e a procedere giudizialmente per il recupero della somma dovuta.

Data _____

Firma del richiedente Ospite o di chi ne fa le veci

3) IMPEGNATIVA DEI GARANTI

I sottoscritti:

1. Cognome e nome _____

nato a _____ il _____

residente a _____ prov. _____

via _____ n° _____

codice fiscale _____

grado di parentela _____

n° telefono fisso _____ mobile _____

e-mail _____

Documento di riconoscimento :

Tipo _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

2. Cognome e nome _____

nato a _____ il _____

residente a _____ prov. _____

via _____ n° _____

codice fiscale _____

grado di parentela _____

n° telefono fisso _____ mobile _____

e-mail _____

Documento di riconoscimento :

Tipo _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

I sottoscritti sono a conoscenza delle norme di regolamento e dichiarano di impegnarsi a corrispondere a codesta società, con decorrenza dalla data del giorno d'ingresso, la retta giornaliera di € _____.

I sottoscritti sono a conoscenza che, in caso d'inosservanza dell'obbligo assunto con la presente dichiarazione, la direzione si riserva il diritto di rinviarlo in famiglia e a procedere giudizialmente per il recupero della somma dovuta.

Firme per accettazione

Data _____

4) RETTE (alla data d'ingresso)

I valori delle rette sono da definire con la direzione.

Ospiti autosufficienti:

- Camera singola € 52,00 giornaliera per Ospite
- Camera doppia € 50,00 giornaliera per Ospite
- Camera doppia € 48,00 giornaliera per Ospite

Tutti gli importi indicati sono rivalutati al 1° gennaio di ogni anno in base all'indice ISTAT o a variazioni di Legge, fermo restando un aumento minimo dell'1% annuo.

Data _____

Firma per accettazione _____

5) SCHEDA CONOSCITIVA CONDIZIONI DI SALUTE

Signor/a: _____

P.A. _____ PESO : Kg. _____ ALTEZZA : _____

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

(patologie importanti ed eventuali ricoveri, allergopatie, traumi ed esiti, interventi chirurgici, patologie psichiatriche.):

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA:

ESAME OBIETTIVO

Apparato cardiorespiratorio:

Necessita di ossigeno Sì No

Apparato gastroenterico:

Apparato genito - urinario :

Apparato neuromuscolare:

Apparato osteoarticolare:

Apparato endocrino :

Cute ed annessi:

Occhi:

Orecchie:

Bocca e rinofaringe:

ABITUDINI:

Fumatore Sì No . Quante sigarette al giorno ? _____

Fa uso di alcolici ? Sì No Modica quantità Alcoolista

Fa uso di sostanze stupefacenti ? Sì No Quali ? _____

VACCINAZIONI: antitetanica Sì No antinfluenzale Sì No data somm.ne _____

Altre vaccinazioni: _____

ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI:

TERAPIA ATTUALE E POSOLOGIA:

DEAMBULAZIONE:

Autonoma Bastone /i Girello * Impossibile

Se * : si alza autonomamente in carrozzina

deve essere alzato in carrozzina . è costantemente alettato

ELIMINAZIONE:

è incontinente SI NO deve essere accompagnato in bagno ? Sì No

Urine Feci Urine/Feci

Uso di : Pannolone _ Condom _ Catetere a permanenza

Alvo: regolare diarroico stitico

uso saltuario di lassativi uso regolare di lassativi

Ha piaghe da decubito ? : NO * SI

se * in quali zone e di che grado ?

Trattamento attuale

ALIMENTAZIONE :

Autonoma con piccolo aiuto deve essere imboccato

Alimentazione enterale con sondino naso gastrico

Denti propri Protesi Edentulo

Dieta: solida semisolida liquida

Diete speciali:

IGIENE PERSONALE:

autonoma piccolo aiuto totalmente dipendente

si veste: da solo piccolo aiuto totalmente dipendente

RITMO SONNO/SVEGLIA:

normale insonnia ipersonnia

inversione ritmo sonno/veglia

COMPORAMENTO:

tranquillo agitato, disturba la comunità aggressivo

confuso/disorientato tende a fuggire (vagabondaggio)

RIABILITAZIONE:

non necessaria *necessita di fisioterapia

se* quali interventi?

Data ___ / ___ / ___

Timbro e firma del medico

Qualora all'atto dell'ingresso le condizioni di salute risultino diverse da quelle indicate nella presente certificazione, l'Amministrazione si riserva la facoltà di non accogliere l'ospite.

Al momento dell'ingresso vanno allegare le fotocopie dei documenti relativi ad eventuali ricoveri ospedalieri.

8) CONSENSO AD USCIRE DALLA STRUTTURA

Con la presente il/la sottoscritto/a _____

dichiara di concedere al proprio congiunto Signor/a _____
la possibilità di uscire dalla struttura senza accompagnamento e pertanto di assolvere da ogni eventuale responsabilità
la direzione.

Il/la sottoscritto/a _____ non concede al proprio
congiunto la possibilità di uscire dalla struttura.

Data _____

Firma _____