

RICHIESTA DI AMMISSIONE REPARTO/ RESIDANCE DELLA CASA DI RIPOSO

PRESENTATA il

Dati della persona per cui si chiedono i servizi

Cognome Nome

Nato a(.....) il

Residente a(.....) Via N.....

Domiciliato a(.....) Via N.....

Stato civile..... nome coniuge figli

Tel C.F.

Titolo di studio professione pregressa

Pensione: No SI **Tipologia:** Inps ex Inpdap reversibilità sociale altro

Informazioni generali sulla situazione dell'anziano

Deambulazione: autonoma assistita: (bastone girello sedia a rotelle)

non deambula allettato/a altro

Alimentazione: mangia da solo/a deve essere imboccato altro

Usa il pannolone: si no **Riposo notturno:** si no non sempre

Malattie infettive: no Se si, quali

Patologie significative

Esenzione ticket: NO Si **Tipologia:** invalidità patologia reddito altro

Invalità: NO IN ATTO Si _____ % **Ind. accomp.:** NO Si **L. 104/92:** NO Si

Presidi assegnati: pannoloni Sedia a rotelle girello diabetici altro

Medico curante Dott. _____ Tel. _____

La domanda ha carattere di urgenza No SI **Motivo urgenza:**

Dove si trova l'anziano/a

Casa propria con badante vive con i figli o altro parente RSA

Ospedale _____ Piano _____ reparto

altro

Persona responsabile per l'anziano

Cognome Nome

Nato a(.....) il

Grado di parentela C.F.

Residente a(.....) Via N.....

Domiciliato a(.....) Via N.....

Tel. cell

Mail

ALTRI FAMILIARI/ PERSONE DI RIFERIMENTO

GRADO DI PARENTELA	NOMINATIVO	RECAPITI

Firma dell'anziano

Firma del responsabile per l'anziano

.....

..... 1

Consenso al trattamento dei dati

Ai sensi del art. 7 GDPR 679/16 autorizzo in qualità di responsabile dell'anziano, la Casa di Ospitalità Collereale al trattamento dei dati personali dello stesso anziano che è diretto all'espletamento delle funzioni istituzionali della stessa, in virtù dei compiti attribuitigli dalla Legge e dai regolamenti. Prendo atto che i dati in possesso della Casa Collereale possono essere fatti oggetto di comunicazione ai seguenti soggetti:

- a) ad altri enti pubblici, nei casi e nei modi previsti dal GDPR 679/16;
- b) a soggetti privati (ditte o consulenti) che abbiano con l'IPAB Collereale contratto per l'elaborazione o la catalogazione di detti dati o che abbiano l'incarico di prestare servizi o di evadere le pratiche relative all'anziano richiedente l'ammissione ed i connessi servizi, cui si riferiscono i dati stessi, per conto della Casa.

Firma dell'anziano

e/o in sua vece del responsabile per l'anziano

.....

.....

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

PER L'AMMINISTRAZIONE:

- 1) Autocertificazione contestuale
- 2) certificato medico da cui risulta, che l'interessato/a non sia in atto affetto/a da malattie infettive
- 3) codice fiscale, libretto sanitario – esenzione ticket, carta d'identità;
- 4) Fotocopia eventuale certificazione e/o richiesta di invalidità;
- 5) Eventuali esenzioni per patologia;
- 6) Eventuali concessioni presidi (pannoloni, medicazioni per piaghe, ecc.);
- 7) Scheda elettorale.

PER IL MEDICO RESPONSABILE

- 1) Relazione sanitaria, redatta dal medico curante, con anamnesi patologica remota, prossima e terapia in atto
- 2) Seguenti esami amatochimici:
 - emocromo, sideremia, VES
 - glicemia, col est.tot., trigliceridi
 - creatininemia, azotemia,
 - Na, K, Mg, Ca,
 - Proteine tot. E protidogramma
 - GOT, GPT, Bilirubina frazionata, colinesterasi
 - PT, PTT, fibrinogeno
 - Es urine
 - Markers epatici: HBaAg, HBaAb, HbcAb, HCV
 - Esameparassitologicodellefecie
 - Coprocoltura
 - VDRL
- 3) Visite specialistiche ed esami strumentali;
 - ECG e visita cardiologia
 - Rx torace (due proiezioni)

Firma dell'anziano

e/o in sua vece del responsabile per l'anziano

.....

.....