

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
Alimentazione: mangia da solo/a deve essere imboccato **Usa il pannolone:** si no
Piaghe da decubito : no si (I stadio II stadio) **Riposo notturno:** si no non sempre
Malattie infettive: no Se si, quali _____
Patologie significative _____
Vaccinazione Covid: 1 dose (___/___/___) 2 dosi (___/___/___) (___/___/___) 3 dosi (___/___/___) (~~___/___/___~~) (___/___/___)
 Covid: inizio ___/___/___ guarigione ___/___/___
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

.....

.....

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

- Certificato medico da cui risulta, che l'interessato/a non sia in atto affetto/a da malattie infettive (diverse da COVID 19);
- fotocopia carta d'identità - tessera sanitaria;
- fotocopia documenti d'identità del responsabile per l'anziano;
- Relazione sanitaria, redatta dal medico curante, con anamnesi patologica remota, prossima e terapia in atto
- Elenco vaccinazioni effettuate (antinfluenzale, ecc.)
- Certificato vaccinale covid (per singola dose) e GREEN PASS
- ESAMI EMATOCHIMICI: emocromo, sideremia, Ferritina, VES, glicemia, colesterolo Tot., colesterolo HDL, trigliceridi, creatinemia, azotemia, Na, K, Mg, Ca, Proteine tot. e protidogramma, GOT, GPT, Bilirubina frazionata, colinesterasi, PT, PTT, fibrinogeno, Es urine, Markers epatici: HBsAg, HBsAb, HBcAb, HCVAb, PCR, CPK.
- Video dell'anziano/a (dove lo stesso risponde a delle domande sulla data, sul tempo, sulla stagione, sui suoi dati personali; e dove si vede eventuale deambulazione) da visionare per valutazione da parte del NIV (Nucleo Interno di Valutazione).
- Eventuali esenzioni ticket;
- Eventuali concessioni presidi (pannoloni, medicazioni per piaghe, ecc.);
- libretto sanitario in originale (per eventuale cambio medico, dopo il periodo di isolamento);
- Fotocopia eventuale verbale di invalidità e L. 104 (senza OMISSIS);
- Eventuale nomina del tribunale di nomina di Tutore o amministratore di sostegno o altro.

Firma dell'anziano

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

.....

.....