

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il
residente a via n.
domicilio (se diverso dalla residenza)
tel.
stato civile
cittadinanza
proprietario di immobili nella provincia di Piacenza si no
via n.
Comune di Provincia di

con la presente chiede di essere ammesso/a
alla Casa di Riposo del Facsal

e di essere alloggiato in camera singola
 camera doppia

impegnandosi da subito a:

- osservare incondizionatamente tutte le norme previste dalla Carta dei Servizi della Casa di Riposo consegnata;
- accettare e provvedere ad eventuali provvedimenti di dimissione motivati e comunicati in forma scritta dalla Casa di Riposo.

Piacenza,

Firma

Per eventuali comunicazioni e/o ulteriori informazioni è possibile contattare inoltre:

il/la Signor/a
in qualità di
residente a via n.
tel.

il/la Signor/a
in qualità di
residente a via n.
tel.

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- A. Esami ematici completi (comprensivi di gruppo sanguigno, HbSAg, HCV, HIV);
- B. Copia tessera sanitaria, copia tessera di esenzione pagamento ticket;
- C. Copia Documento di identità;
- D. Copia Codice fiscale;
- E. Stato di famiglia in carta libera attestante la composizione del nucleo familiare (indicare per ogni componente cognome e nome, grado di parentela, luogo e data di nascita, stato civile);
- F. Certificato di nascita in carta libera;
- G. Informativa e consenso resa ai sensi degli art. 13, 23 e 26 del Decreto Lgs. 30.06.03 n. 196, allegata alla presente domanda da restituire controfirmata per accettazione;
- H. Indicatore di situazione economica (ISE) e indicatore di situazione economica equivalente (ISEE) dell'anno precedente di tipo **%ordinario+**;
- I. Eventuale copia del verbale di invalidità.

SCHEDA SANITARIA

da compilare a cura del medico di base dott. _____.

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____.

DIAGNOSI _____

_____.

INVALIDITA' CIVILE

si no parziale _____ %

ALTRE INVALIDITA'

_____.

ESENZIONE TICKET si no

Età.....
Invalidità.....
Patologia.....
Altro.....

ASSISTITO DA SERVIZI TERRITORIALI

si no

Eventuali riferimenti _____.

CONDIZIONI PSICHICHE

Integre.....
Disorientamento.....
Agitazione.....
Demenza.....

TENTATIVI DI SUICIDIO

si no

TENTATIVI DI FUGA

si no

DEAMBULAZIONE

Autonoma.....
con aiuto (indicare gli ausili utilizzati)õ õ õ õ õõ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ ..õ õ .
Carrozzina.....
Assente.....

CAPACITÀ VISIVE

sufficienti insufficienti

õ ..õ ...

CAPACITÀ AUDITIVE

sufficienti insufficienti

õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ ..õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ ..

INCONTINENZA URINARIA

si no

õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ ..õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ ..

INCONTINENZA FECALE

si no

õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ ..õ ..

ALIMENTAZIONE AUTONOMA

si no

õ ..õ õ õ ...

DECUBITI

si no

õ ..õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ ...

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO E ORARI DI SOMMINISTRAZIONE

õ
õ
õ
õ õ

CURE INFERMIERISTICHE NECESSARIE

õ
õ
õ
õ .õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ
õ .

NOTE AGGIUNTIVE

õ
õ
õ
õ õ

PESO CORPOREO

Kgõ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ

Dataõ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ

Timbro e firma del medico curanteõ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ