

1) DATI

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a ail
residente a via.....n.
domicilio (se diverso dalla residenza).....
tel.....
stato civile.....
cittadinanza.....
via.....n.....
Comune di..... Provincia.....

con la presente chiede di essere ospitato presso gli Appartamenti Protetti
"Cuore della Besurica"

impegnandosi da subito a:

- osservare incondizionatamente tutte le norme previste dalla Carta dei Servizi degli Appartamenti consegnato e controfirmato per accettazione;
- accettare e provvedere ad eventuali provvedimenti di dimissione motivati e comunicati in forma scritta dal Coordinatore del Servizio.

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.

2) DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- A. Copia Documento d'identità;
- B. Copia Codice fiscale;
- C. 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;

3) 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.....

Invalità.....

Patologia.....

Altro.....

ASSISTITO DA SERVIZI TERRITORIALI

☐ si ☐ no

Eventuali riferimenti.....

CONDIZIONI PSICHICHE

Integre.....

Disorientamento.....

Agitazione.....

Demenza.....

TENTATIVI DI SUICIDIO☐ sì ☐ no**TENTATIVI DI FUGA**☐ sì ☐ no**DEAMBULAZIONE**

Autonoma.....

con aiuto (indicare gli ausili utilizzati).....

Carrozzina.....

Assente.....

CAPACITA' VISIVE☐ sufficienti ☐ insufficienti

.....

CAPACITA' UDITIVE☐ sufficienti ☐ insufficienti

.....

INCONTINENZA URINARIA☐ sì ☐ no

.....

INCONTINENZA FECALE☐ sì ☐ no

.....



DOMANDA DI AMMISSIONE APPARTAMENTI PROTETTI
"IL CUORE DELLA BESURICA"

ALIMENTAZIONE AUTONOMA

☐ sì ☐ no

.....

DECUBITI

☐ sì ☐ no

.....

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO E ORARI DI SOMMINISTRAZIONE

.....
.....
.....
.....
.....

CURE INFERMIERISTICHE NECESSARIE

.....
.....
.....
.....

NOTE AGGIUNTIVE

.....
.....
.....
.....

PESO CORPOREO

Kg.....

Data.....

Timbro e firma del medico curante.....