

MODULO INFORMAZIONI PER EVENTUALE RICHIESTA INSERIMENTO

IO SOTTOSCRITTO/A

Cognome.....**Nome**.....
 NATO/A A DATA DI NASCITA
 n. cellulare.E-MAIL.....
PARENTE (GRADO).....

DEL SIG./SIG.RA

Cognome**Nome**.....
 NATO/A A DATA DI NASCITA
 RESIDENTE A PROV. C.A.P.....
 VIA N° TEL.....
 DOMICILIATO A VIAN°
 PRESSO
 CODICE FISCALE
 CODICE ASSISTITO (n° tessera sanitaria)

INVALIDO CIVILE	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
PRESENTATO DOMANDA	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
CONVENZIONE	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
PRESENTATO DOMANDA	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
CERTIFICAZIONE VERDE	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

NOME DEL TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

..... n° TEL.....

INFORMAZIONI GENERICHE

Situazione familiare: libero/a di stato vedovo/a coniugato/a n° figli.....

Vive con: solo/a coniuge figli badante altro

Assistito da: nessuno coniuge figli badante altro

(specificare)
.....

Provenienza ospite: domicilio ospedale famiglia altra R.S.A.

istituto di riabilitazione altro (specificare)

Cause che hanno determinato la richiesta di accoglienza:

problemi di salute situazione socio-familiare alloggio altro

.....
.....

La persona per la quale si fa richiesta di accoglienza è a conoscenza della propria situazione?

si no

Ha partecipato alla decisione? si no

L'accoglienza è stata proposta/richiesta da
.....

(relazione con l'anziano)

eventuali preferenze o segnalazioni

.....
.....

Come è venuta a conoscenza della nostra struttura?.....
.....
.....

CHIEDO

Che l'anziano/a venga inserito/a nella Vostra R.S.A. essendo lo stesso/a in condizioni di non autosufficienza.

A tal fine autorizzo fin da ora l'R.S.A. a svolgere le opportune indagini sulla situazione sociosanitaria per verificare il grado di non autosufficienza e a raccogliere e trattare i dati necessari alla valutazione collegata all'ammissione al servizio, ai sensi dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data

In fede

DICHIARAZIONE del MEDICO CURANTEDA ALLEGARE alla DOMANDA di AMMISSIONE in **RSA****Generalità del paziente che chiede ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani non autosufficienti:**

COGNOME e Nome Data di nascita

Residente a Indirizzo

Provenienza Domicilio Famiglia Altra RSA Ist. per Riabilitazione Ospedale Altro.....

PATOLOGIE in ATTO (o esiti invalidanti):

ALLERGIE NOTE:

TERAPIA in CORSO:

TRATTAMENTI SPECIALISTICI

- SNG / PEG Catetere Venoso Centrale Ossigenoterapia Stomia
 Alimentazione Parenterale Microinfusore/Elast. Ventilazione Assistita Ulcere da Decubito
 Dialisi Catetere Peridurale Tracheostomia Riabilitazione post-acuz ie
 Isolamento da contatto per Altro trattam. spec.

DISTURBI del COMPORTAMENTO

- Agitazione Opposizione Aggressività Wandering Autolesionismo

VALUTAZIONE FUNZIONALE

- STATO MENTALE:** Lucido Parzialmente lucido Disorientato Stupor/Coma
INCONTINENZA: No Solo Urinaria Solo Fecale Doppia
DEAMBULAZIONE: Autonoma Con assistenza In carrozzina Allettato
ASSISTENZA PER: Alimentarsi Bagno/Doccia Igiene Vestirsi Andare in bagno

DICHIARO che il/la paziente non è affetto/a da malattie infettive o parassitarie o psichiatriche che controindichino l'inserimento in comunità.

TIMBRO e FIRMA del MEDICO CURANTE

DATA