



CASA DI RIPOSO SEN. B. BORELLI A.S.P.
Azienda Pubblica di Servizi alla Persona

Una struttura storica al servizio della comunità da oltre 100 anni

Dati dell'Ospite da Ricoverare

Cognome : _____ Nome : _____

Data di nascita : ____/____/____ Luogo di nascita : _____ Prov. (____)

Cod.Fiscale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ASL: _____

Residenza : Comune _____ Prov. (____)

Via _____ N° (____)

Medico di fiducia : Dr. _____ Tel. Studio : _____

Invalidità : _____

(allegare copia rilasciata dalla Commissione Invalidi competente)

Rilasciata da : _____ Il : ____/____/____

Pensione : 1 _____

2 _____

Servizio sociale Comune di : _____ Integrazione Retta: _____

Operatore Riferente : _____

Parente : Sig. _____ Tel. casa : _____

Tel. cellulare : _____

Indirizzo : via _____ Città : _____

Il sottoscritto : _____

Nato a : _____ prov. () il ____/____/____

Residente a : _____

Via _____ n° _____

Tel. (casa) _____ Tel. (cellulare) _____

In qualità di (grado di parentela) _____

CHIEDE

L'Inserimento del sig. _____

(nominato nel MOD 1) nella vostra struttura .

Pieve di Teco, il _____

Firma

Il sottoscritto : _____
(Nominato a pag. 2)

SI IMPEGNA :

- A pagare la retta mensile presso la Tesoreria dell'Ente: Banca CA.RI.GE. - c/c n . 6686 -90 - CAB:49030 - ABI:6175 Codice IBAN: IT43 Z061 7549 0300 0000 0668 690 entro i primi dieci giorni del mese .
- A versare all'atto dell'inserimento dell'ospite una mensilità anticipata a titolo di deposito cauzionale che verrà restituito al momento della dimissione.
- A pagare, oltre la retta mensile nei termini e modi indicati dall'Ente, le eventuali spese mediche non garantite dal Servizio Sanitario Nazionale che si rendessero necessarie
- A manlevare l'amministrazione da ogni responsabilità penale e civile per ogni atto che l'ospite possa compiere a danno di se stesso o di terzi durante la permanenza in questa struttura
- A manlevare da ogni responsabilità il personale per fatti a questi non addebitabile .
- Ad accettare il regolamento dell' Ente in ogni parte .

- Ad allegare alla domanda i seguente documenti :
 - stato di famiglia e certificato di residenza – dichiarazioni sostitutive di Certificazioni (Art.46 D.P.R. 28/12/2000 n.445)
 - copia della carta d'identità .
 - scheda sanitaria predisposta da questo Ente da compilarsi a cura del Medico curante o dal Medico Ospedaliero.
 - tessera sanitaria.
 - Eventuale certificato di invalidità .
 - copia atto deliberativo dell'Ente che eventualmente contribuisca al pagamento della retta

In relazione alle finalità previste dalla Legge 675 del 31/12/1996 e successive modificazioni ed integrazioni autorizzo/autorizziamo l'Amministrazione ad utilizzare i miei/nostri dati personali in possesso entro i limiti dello svolgimento della normale attività. In particolare nel rispetto degli obblighi previsti da Leggi, Regolamenti, Norme Comunitarie, disposizioni impartite da organi di vigilanza e controllo nonché adempimenti strettamente connessi alla gestione del rapporto di ospitalità ed assistenza.

Pieve di Teco il _____

Firma del richiedente

Firma del parente
tenuto agli obblighi di legge

Cognome _____ Nome _____ Età _____

Condizione generale di salute :
Buone
Discrete
Scadenti

DIAGNOSI : _____

Deficit Invalidante :

VISTA - Basso. Medio. Alto . Porta Occhiale SI NO

UDITO - Basso. Medio. Alto . Porta Apparecchio Acustico SI
NO

LINGUAGGIO - Basso. Medio. Alto .

INCONTINENZA SFINTERI - SI. NO .

CATETERIZZATO - SI. NO .

ABUSO DI ALCOL - SI. NO .

ORIENTATO NEL T&S - Normale. Lieve. Grave.

LOCOMOZIONE : Cammina da solo. Cammina con ausilio.

Terapia Riabilitativa - SI. NO .

Portatore di PROTESI - SI. NO .

Se si specificare _____

Dieta - SI. NO .

Se si specificare _____

Piaga da decubito - SI. NO .

Se si specificare (tipo e zona) _____

Relazione sullo stato mentale :

Malattie infettive o parassitarie pregresse o in atto : _____

Terapia in corso :

GIUDIZIO DI AUTOSUFFICIENZA :

Autosufficienti totale

Autosufficienti parziali

Non autosufficienti

Obbligato a letto

MEDICO CURANTE :

Cognome e nome : _____

Indirizzo : _____

Telefono : _____

DATA _____ Firma e timbro del medico