

CASA DI RIPOSO “SEN. B. BORELLI” A.S.P.

Via Vittorio Veneto, 2 – 18026 PIEVE DI TECO (IM)

Tel. 0183/36321 – Fax 0183/368814

@mail: segreteria@casadiriposoborelli.it

DOMANDA DI AMMISSIONE

NOME _____

COGNOME _____

TEL. _____

DATA PRESENTAZIONE

FIRMA

MOD 1
MOD 1

CASA DI RIPOSO Sen. B. BORELLI A.S.P.
Via Vittorio Veneto, n. 2
18026 – PIEVE DI TECO – IM
Tel. 0183 – 36321 – Fax 0183 – 368814
e-mail: segreteria@casadiriposoborelli.it

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 : _____

MOD 2

CASA DI RIPOSO Sen. B. BORELLI A.S.P.
Via Vittorio Veneto, n. 2
18026 – PIEVE DI TECO – IM
Tel. 0183 – 36321 – Fax 0183 – 368814
e-mail: segreteria@casadiriposoborelli.it

A cura del richiedente

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

MOD 3 MOD 3

CASA DI RIPOSO Sen. B. BORELLI A.S.P.
Via Vittorio Veneto, n. 2
18026 – PIEVE DI TECO – IM
Tel. 0183 – 36321 – Fax 0183 – 368814
e-mail: segreteria@casadiriposoborelli.it

A cura del richiedente

Il sottoscritto: _____

(Nominato nel MOD 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: 06175 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 :
1. dichiarazioni sostitutive di Certificazioni (Art.46 D.P.R. 28/12/2000 n.445) stato di famiglia, residenza, ecc.
 2. copia della carta d'identità .
 3. scheda sanitaria predisposta da questo Ente da compilarsi a cura del Medico curante o dal Medico Ospedaliero.
 4. tessera sanitaria.
 5. Eventuale certificato di invalidità .
 6. copia atto deliberativo dell'Ente che eventualmente contribuisca al pagamento della retta.

Materiale protesico personale non fornito dal Servizio Sanitario Nazionale è a carico dell'ospite.

Pieve di Teco il _____

Firma del richiedente

Firma del parente
tenuto agli obblighi di legge

MOD 4 MOD 4

CASA DI RIPOSO Sen. B. BORELLI A.S.P.
Via Vittorio Veneto, n. 2
18026 - PIEVE DI TECO - IM
Tel. 0183 - 36321 - Fax 0183 - 368814
e-mail: segreteria@casadiriposoborelli.it

SCHEDA SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

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 : _____

Vaccinazione Anti-Covid-19 :	SI	NO			
Se si indicare n. dosi ricevute	I° dose		II° dose		III° dose
	SI	NO	SI	NO	SI NO

data di somministrazione : _____

Oppure se avuto infezione da SARS-CoV-2 indicare la data : _____

Allergie ai farmaci e Intolleranze Alimentari _____

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