

**RICHIESTA DI AMMISSIONE
ALLA CASA DI RIPOSO R.S.A. SAN GIUSEPPE - FOLLINA
Non Auto**

Io sottoscritto _____, in qualità di _____
del ___ Sig. _____ nat a _____ (____)
il ___/___/___/ e residente in _____ (____),
via _____, n. _____ C.a.p. _____ Telefono _____
(Codice Fiscale _____ e tessera sanitaria _____)
stato civile _____

**VISTE LE CONDIZIONI DI SALUTE DEL SUDDETTO
CHIEDE**

che venga accolto ___ come Ospite, in codesta Residenza per Anziani.

Dati dei familiari e/o referenti dell'Ospite per l'Ente:

Sig. _____, nat ___ a _____ (____)
il ___/___/___/ e residente in _____ (____),
via _____, n. _____ C.a.p. _____ Telefono _____,
cell. _____ in qualità di _____

Sig. _____, nat ___ a _____ (____)
il ___/___/___/ e residente in _____ (____),
via _____, n. _____ C.a.p. _____
Telefono _____, in qualità di _____.

Sig. _____, nat ___ a _____ (____)
il ___/___/___/ e residente in _____ (____),
via _____, n. _____ C.a.p. _____
Telefono _____, in qualità di _____.

**DICHIARO CHE TUTTE LE INFORMAZIONI RESE CORRISPONDONO A VERITA'.
IN FEDE**

Follina, li _____ Firma del richiedente _____

RICHIESTA DI AMMISSIONE (spazio riservato all'Ente)				
Molto urgente	Urgente	Aspettativa	Accolta	Dimesso

SCHEDA DI RILEVAZIONE STATO DI SALUTE

CONDIZIONI DI AUTOSUFFICIENZA		NOTE		
	ATTIVITÀ	LIVELLO DI DIFFICOLTÀ		
1	Si muove da solo	0	1	2
2	Allettato (livello dipendenza: basso, medio, alto)	0	1	2
3	Cammina usando protesi, sostegni, carrozzine	0	1	2
4	Cammina aiutato da persone	0	1	2
5	In grado di provvedere alla propria alimentazione	0	1	2
6	Mangia da solo	0	1	2
7	Si lava da solo	0	1	2
8	Fa il bagno da solo	0	1	2
9	Utilizza i servizi igienici da solo	0	1	2
10	Si veste da solo	0	1	2
11	In grado di accudire al governo della casa	0	1	2
12	Conserva autonomia fuori dall'abitazione	0	1	2
13	Vede	0	1	2
14	Sente	0	1	2
15	Parla	0	1	2
16	Continenza vescicole	0	1	2
17	Continenza anale	0	1	2
18	Se porta catetere, livello prestazione richiesta	0	1	2
19	Manifesta psiche integra	0	1	2
20	Fenomeni confusionali/ deterioramento mentale	0	1	2
21	Prestazioni particolari per piaghe da decubito - neoplasie	0	1	2
TOTALE PUNTEGGIO				

BREVE QUADRO CLINICO

0 = senza difficoltà
1 = lieve difficoltà
2 = difficoltà

“Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali” ai sensi del D.Lgs. 196/2003

Il Sig. /la Sig.ra _____, in qualità di _____ del Sig. _____ dichiara ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 di essere stat ___ edott ___ che i dati personali richiesti direttamente, ovvero raccolti presso terzi, verranno utilizzati a fini istituzionali dell'Ente Sereni Orizzonti R.S.A. San Giuseppe, enti pubblici, medici e organismi sanitari e conseguentemente presto il mio consenso al loro trattamento, con espresso riferimento a quelli riguardanti lo stato di salute, necessari per la gestione del ricovero e la tutela sanitaria del suddetto

Follina, li _____

Firma _____