

	<b>DOMANDA DI ACCOGLIENZA</b>	<b>Doc. n.</b>	
		Data	
		Codice Documento <b>MD 7.2.A</b>	
Sezione 7	Riferimento Manuale Cap. 7.2.2.	Rev. 0	Pag.1 /4

**Parte prima: dati anagrafici e fiscali**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_

Presenta a codesto istituto domanda di accoglienza per:

Il / La signor /signora \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

ASL di Residenza \_\_\_\_\_ tesserino sanitario \_\_\_\_\_

Medico di base \_\_\_\_\_

- Ente erogante \_\_\_\_\_
- Ospite privato
- Invalido con accompagnamento
- Invalido senza accompagnamento

-----

Garante dell'anziano per gli obblighi assistenziali e finanziari:

Garante n° 1 Nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Parentela \_\_\_\_\_

Garante n° 2 Nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Parentela \_\_\_\_\_

	<b>DOMANDA DI ACCOGLIENZA</b>	<b>Doc. n.</b>	
		Data	
		Codice Documento <b>MD 7.2.A</b>	
Sezione 7	Riferimento Manuale Cap. 7.2.2.	Rev. 0	Pag.2 /4

Data presunta dell'ingresso in struttura \_\_\_\_\_

Data presunta della dimissione \_\_\_\_\_

Servizi extra richiesti:

- parrucchiere
- pedicure
- lavanderia indumenti personali
- acquisto riviste giornali
- accompagnamento a visite specialistiche
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Patologie infettive eventualmente contratte dall'ospite:

---



---

L'ospite è affetto da piaghe da decubito:       NO       SI

 <i>Villa Regina</i>	<b>DOMANDA DI ACCOGLIENZA</b>	<b>Doc. n.</b>	
		Data	
		Codice Documento <b>MD 7.2.A</b>	
Sezione 7	Riferimento Manuale Cap. 7.2.2.	Rev. 0	Pag.3 /4

<b>Condizioni generali:</b>	<input type="checkbox"/> Buone	<input type="checkbox"/> Discrete	<input type="checkbox"/> Scadenti	<input type="checkbox"/> Pessime
<b>Stato mentale:</b>	<input type="checkbox"/> Lucido	<input type="checkbox"/> Apatico	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Stuporoso
<b>Deambulazione:</b>	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Cammina con aiuto	<input type="checkbox"/> Costretto su sedia	<input type="checkbox"/> Costretto a letto
<b>Mobilità:</b>	<input type="checkbox"/> Piena	<input type="checkbox"/> Moderatamente limitata	<input type="checkbox"/> Molto limitata	<input type="checkbox"/> Immobile
<b>Incontinenza:</b>	<input type="checkbox"/> Assente	<input type="checkbox"/> Occasionale	<input type="checkbox"/> Abituale urine	<input type="checkbox"/> Doppia
<b>Alimentazione:</b>	<input type="checkbox"/> Autonoma	<input type="checkbox"/> Con aiuto	<input type="checkbox"/> Non autonoma	
<b>L'ospite presenta problemi di origine psichiatrica</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		

L'ospite deve seguire diete particolari ?                       NO                       SI

Se la risposta alla domanda precedente è SI la dieta prescritta all'ospite?:

---



---



---



---

	<b>DOMANDA DI ACCOGLIENZA</b>	<b>Doc. n.</b>	
		Data	
		Codice Documento <b>MD 7.2.A</b>	
Sezione 7	Riferimento Manuale Cap. 7.2.2.	Rev. 0	Pag.4 /4

Si ricorda che al momento dell'ingresso in struttura occorre presentare **copia dei seguenti esami clinici la cui data non deve essere antecedente ai sei mesi: MARKERS EPATITE A B e C, EVENTUALMENTE HIV, RX TORACE, eventuali precedenti ricoveri ospedalieri ed esami ematochimici recenti.**

Per gli ospiti dimessi da una struttura ospedaliera è necessario presentare copia della lettera di dimissione (In caso di ingressi urgenti i suddetti esami devono essere eseguiti nei primi giorni di permanenza in struttura)

**Occorre allegare: copia di un documento di identità in corso di validità, copia del codice fiscale e del libretto sanitario**

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI DELL'UTENTE COMUNI E SENSIBILI

Con la presente la informiamo (ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 e 13 della L. 31/12/1996 n° 675 che disciplina la PRIVACY) che i suoi dati personali, quale nostro ospite o richiedente ospite, sono conservati presso i nostri archivi ai fini amministrativi, contabili, fiscali e sanitari.

Il trattamento dei suoi dati personali avverrà a norma di legge, secondo principi di lecita correttezza ed in modo da tutelare la sua riservatezza.

I dati verranno inseriti in schede sanitarie e possono essere trasmessi a istituti di ricovero, ospedali, e strutture ambulatoriali per tutti gli adempimenti connessi e conseguenti

Il trattamento dei suoi dati avverrà sia manualmente sia mediante utilizzo di mezzi elettronici o automatizzati

Lei potrà esercitare i diritti previsti dalla legge per gli interessati ed elencati all'art 13

Data \_\_\_\_\_

Firma del Garante dell'ospite

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_