

	DOMANDA DI ACCOGLIENZA	Doc. n.	
		Data 06/07/2006	
		Codice Documento MD 7.2.A	
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 _____

Data presunta dell'ingresso in struttura _____

Data presunta della dimissione _____

	DOMANDA DI ACCOGLIENZA	Doc. n.	
		Data 06/07/2006	
		Codice Documento MD 7.2.A	
Sezione 7	Riferimento Manuale Cap. 7.2.2.	Rev. 0	Pag.2 /4

Servizi socio assistenziali richiesti:

- servizio socio assistenziale di base
- servizio di lavanderia
- ritiro pensione
- assistenza tributaria
- acquisto sigarette
- acquisto riviste
- accompagnamento a visite specialistiche
- accompagnamento a funzioni religiose
- _____
- _____
- _____

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, i quali sono nostri ospiti 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

	DOMANDA DI ACCOGLIENZA	Doc. n.	
		Data 06/07/2006	
		Codice Documento MD 7.2.A	
Sezione 7	Riferimento Manuale Cap. 7.2.2.	Rev. 0	Pag.3 /4

Parte seconda da compilare a cura del medico curante dell'ospite

Patologie infettive eventualmente contratte dall'ospite:

Terapia medica in essere al momento dell'ingresso in struttura

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

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

	DOMANDA DI ACCOGLIENZA	Doc. n.	
		Data 06/07/2006	
		Codice Documento MD 7.2.A	
Sezione 7	Riferimento Manuale Cap. 7.2.2.	Rev. 0	Pag.4 /4

L'ospite si può definire : normopeso obeso

L'ospite deve seguire diete particolari ? NO SI

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

Il paziente deve seguire trattamenti fisioterapici riabilitativi ? NO SI

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

Terapia seguita attualmente dall'ospite:

Alla presente domanda si allega copia dei seguenti esami clinici la cui data non deve essere antecedente ai tre mesi: VDRI, MARKERS EPATITE, COPROCULTURA, MANTOUX , RX TORACE.

Si allegano altresì fotocopie di eventuali precedenti ricoveri ospedalieri ed esami ematochimici recenti: glicemia, creatininemia, bilirubina tot, transaminasi G.O e G.P, V.E.S., elettroliti, emocromo con formula e piastrine, urine.

Data _____

Timbro e firma del medico
