

C O N S E N S O (trasferimento di camera)

A conferma dell'accettazione della Carta dei Servizi e già manifestata con la sottoscrizione e consegna della presente domanda, esprimo, il consenso al trasferimento di camera qualora le condizioni sanitarie lo rendano opportuno/necessario e/o per necessità dell'Ente.

Sommariva del Bosco, li _____

F I R M A _____

ATTO DI IMPEGNO (retta)

Il sottoscritto si impegna a corrispondere quanto dovuto all'Ente secondo le condizioni economiche indicate nella carta dei servizi.

Sommariva del Bosco, li _____

F I R M A _____

ATTO DI IMPEGNO (farmacia - trasporti)

Il sottoscritto si impegna a provvedere mensilmente al pagamento sia dei farmaci direttamente alla Farmacia di Sommariva del Bosco sia delle spese di trasporto alla Croce Rossa Italiana.

Sommariva del Bosco, li _____

F I R M A _____

Scelta su dove effettuare la fornitura dei farmaci tra le seguenti due farmacie:

- Antica Farmacia del Bosco s.n.c. di Corino & C. Via Torino nr. 39
- Nuova Farmacia Santa Maria della Dr.ssa Barberis Federica Via VI Maggio nr. 12

Sommariva del Bosco, li _____

F I R M A _____

Esprimo il consenso al Direttore Sanitario della Struttura all'effettuazione di visita sanitaria.

Sommariva del Bosco, li _____

F I R M A _____

AVALLO

Il sottoscritto _____ residente in _____

Via _____ Tel. _____ / _____

e-mail _____ (eventuale) **posta elettronica certificata** _____

nella sua qualità di _____ AVALLA la superiore istanza rendendosi responsabile delle dichiarazioni e degli impegni in essa contenuti.

Sommariva del Bosco, li _____

FIRMA

Eventuali conoscenti o parenti cui fare riferimento:

1) Cognome e Nome _____ residente in _____

Via _____ Tel. _____ / _____

nella sua qualità di _____

FIRMA

2) Cognome e Nome _____ residente in _____

Via _____ Tel. _____ / _____

nella sua qualità di _____

FIRMA

3) Cognome e Nome _____ residente in _____

Via _____ Tel. _____ / _____

nella sua qualità di _____

FIRMA

POSTA: Quale familiare o persona di riferimento mi impegno a cadenza regolare ad interpellare l'Ufficio Amministrativo per l'eventuale ritiro di corrispondenza indirizzato all'Ospite.

Sommariva del Bosco, li _____ FIRMA _____

CONSENSO ALL'UTILIZZO DATI

SPETT.LE

FONDAZIONE "RESIDENZA DEL BOSCO"

PIAZZA UMBERTO I N.1

12048 SOMMARIVA DEL BOSCO (CN)

Da utilizzare per Ospiti AUTOSUFFICIENTI

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ dichiara di avere ricevuto da parte della Casa di Riposo di Sommariva del Bosco le informazioni di cui al Regolamento Europeo Privacy UE/2016/679 o GDPR (General Data Protection Regulation) - natura obbligatoria dei dati - irricevibilità della domanda - titolare è il Legale Rappresentante dell'Ente-. In particolare dichiaro di avere liberamente preso atto che i miei dati saranno utilizzati per la gestione del ricovero presso la Casa di Riposo citata e che mi è riconosciuto il diritto di conoscere, cancellare, rettificare, aggiornare, integrare ed oppormi al trattamento dei dati stessi nonché gli altri diritti riconosciuti dalla vigente normativa. Per far valere i miei diritti potrò rivolgermi all'Ufficio di Segreteria dell'Ente. Di conseguenza autorizzo il titolare, il responsabile e gli incaricati al trattamento della Casa di Riposo citata ad effettuare da un lato il trattamento dei dati personali ed alla comunicazione dei medesimi, ai fini istituzionali dell'Ente, ad altri Enti Pubblici, medici, organismi assistenziali, sociali e sanitari, con particolare riferimento a quelli riguardanti lo stato di salute, necessari per la gestione del Ricovero e la tutela sanitaria e dall'altro lo scatto di immagini della propria persona durante la permanenza in Struttura e la divulgazione di tali immagini, relativamente agli scopi dell'attività della Casa di Riposo, sia per pubblicazioni interne, esterne, su giornali e via etere, che sul sito dell'Ente.

_____, li _____
(luogo e data)

(firma)

(firma avallanti/persona di riferimento) _____

(firma avallanti/persona di riferimento) _____

CONSENSO ALL'UTILIZZO DATI

SPETT.LE

FONDAZIONE "RESIDENZA DEL BOSCO"

PIAZZA UMBERTO I N.1

12048 SOMMARIVA DEL BOSCO (CN)

Da utilizzare per Ospiti NON AUTOSUFFICIENTI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ in Via _____

tel. _____ / _____ in qualità di _____ fa presente che le condizioni

psicofisiche del/ della Signor/a _____

nato/a _____ il _____ sono tali da non consentire

l'informazione diretta per cui dichiara di avere ricevuto per conto del/della medesimo/a dalla

Casa di Riposo di Sommariva del Bosco le informazioni di cui al Regolamento Europeo Privacy

UE/2016/679 o GDPR (General Data Protection Regulation) - natura obbligatoria dei dati -

irricevibilità della domanda - titolare è il Legale Rappresentante dell'Ente-. In particolare

dichiaro di aver liberamente preso atto che i dati saranno utilizzati per la gestione del ricovero

presso la Casa di Riposo citata e che è riconosciuto il diritto di conoscere, cancellare, rettificare,

aggiornare, integrare ed opporsi al trattamento dei dati stessi nonché gli altri diritti riconosciuti

dalla vigente normativa. Per far valere i miei diritti e quello dell'interessato potrò rivolgermi

all'Ufficio di Segreteria dell'Ente. Per effetto di quanto sopra esposto autorizzo il titolare, il

responsabile e gli incaricati al trattamento della Casa di Riposo ad effettuare da un lato il

trattamento dei dati personali del/della Signor/a _____ ed alla

comunicazione dei medesimi, ai fini istituzionali dell'Ente, ad altri Enti pubblici, medici,

organismi assistenziali, sociali e sanitari, con particolare riferimento a quelli riguardanti lo stato

di salute, necessari per la gestione del ricovero e la tutela sanitaria, e dall'altro lo scatto di

immagini della persona durante la permanenza in Struttura e la divulgazione di tali immagini,

relativamente agli scopi dell'attività della Casa di Riposo, sia per pubblicazioni interne, esterne,

su giornali e via etere, che sul sito dell'Ente.

_____ lì _____

(luogo e data)

(firma)

(firma avallanti/persona di riferimento) _____

(firma avallanti/persona di riferimento) _____

SCHEMA ASSISTENTI FAMILIARI

IL SOTTOSCRITTO (Cognome e nome)

in qualità di Ospite/ Familiare dell'ospite (cancellare il caso che non interessa)

D I C H I A R A

di VOLERSI AVVALERE DEL/LA SIG./RA _____

nata a _____ il _____

residente a _____ () in Via _____ n _____

E S I I M P E G N A

che la stessa venga informata sulle condizioni sanitarie e problematiche assistenziali connesse, assumendosi ogni responsabilità in merito e riconoscendo che l'Ente potrà allontanare la persona per comportamenti contrari al buon andamento della Casa o all'assistenza agli Ospiti e/o interferenze nei servizi erogati dalla Struttura.

In fede.

Sommariva del Bosco,

FIRMA _____

CORREDO DELL'OSPITE AL MOMENTO DELL'INGRESSO

Il corredo che l'Ente **consiglia** è la dotazione utile per la vita nella Struttura; è necessario comunque tener conto delle abitudini che l'Ospite aveva a casa rispetto all'abbigliamento ed è pertanto opportuno chiedere consiglio all'Ente per conciliare pregresse abitudini ed esigenze di funzionalità. Al fine di evitare danni, la composizione dei tessuti deve tenere conto del lavaggio industriale del corredo. L'Utente o familiari sono tenuti ad integrare il corredo iniziale ogni qual volta l'Ente ne ravvisi la necessità, così come è necessario che il corredo venga rinnovato, in caso di usura, o adeguato, a seguito di mutamento delle condizioni psico-fisiche della persona.

VESTIARIO

- fazzoletti
- tovaglioli
- 4 maglie intime in cotone e lana
- 4 paia di calze
- 2 pigiami o camice da notte - vestaglie
- 5 mutande
- 1 accappatoio
- camice o maglie leggere
- gonne o pantaloni o tute da ginnastica (anche per l'attività di terapia)
- maglioni tipo golf
- maglie di lana o felpe
- 1 scialle (eventuale)
- 1 giaccone o cappotto
- 1 paio di pantofole o scarpe comode (con suola in gomma antiscivolo)



ACCESSORI

- pettine o spazzola per capelli
- specchio
- spazzolino da denti con astuccio
- dentifricio
- contenitore porta dentiera
- rasoio elettrico (eventuale)
- eventuali creme personali
- pasta adesiva per protesi dentarie e pastiglie per il lavaggio
- bustina con zip
- taglia unghie



ALTRE

- Ausili per incontinenti (eventuali)

I PARENTI DEBBONO PROCURARSI E CUCIRE SU TUTTI GLI INDUMENTI DELL'OSPITE (ANCHE QUELLI ALL'ATTO DELL'INGRESSO) CON APPOSITA FETTUCCIA IL NUMERO ATTRIBUITO DALLA CASA DI RIPOSO IN MODO DA INVENTARIARE IL GUARDAROBA DELL'OSPITE.

SCHEDA BENI PERSONALI

IL SOTTOSCRITTO (Cognome e nome)

in qualità di Ospite/ Familiare dell'ospite (cancellare il caso che non interessa)

D I C H I A R A

di aver portato presso l'Ente i seguenti beni di proprietà

DESCRIZIONE SOMMARIA	CONTRASSEGNO CON NUMERO DOMANDA DI INGRESSO

E S I I M P E G N A

a richiedere all'Ente la presente scheda, provvedendo alla sua completa compilazione, per le necessità future.

In fede.

Sommariva del Bosco,

FIRMA _____

SCHEDA USCITE

IL SOTTOSCRITTO (Cognome e nome)

in qualità di Ospite/ Familiare dell'ospite (cancellare il caso che non interessa)

D I C H I A R A

di uscire dalla struttura / accompagnare il Signor

dalle ore _____ del _____

alle ore _____ del _____

e, informato sulle condizioni psico-fisiche e della terapia, si assume ogni responsabilità in merito.

Recapito telefonico (fisso) _____ (cellulare) _____

In fede.

Sommariva del Bosco,

FIRMA _____

DOMANDA

QUESTIONARIO CLINICO

COMPILATO DAL MEDICO CURANTE

(da allegare alla Domanda di Ammissione)

Cognome e Nome dell'Ospite _____

N.B. Crociare la voce che interessa e se pregresse o in atto specificare:

1. Afezioni cardiovascolari:

no

pregresse

in atto

2. Malattie endocrine:

no

pregresse

in atto

3. Malattie del sistema nervoso centrale:

no

pregresse

in atto

4. Turbe psichiche:

no

pregresse

in atto

5. Malattie del sangue:

no

pregresse

in atto

6. Malattie apparato urogenitale:

no

pregresse

in atto

7. Malattie a carico dell'apparato locomotore:

no

pregresse

in atto

8. Malattie dermatologiche e lesioni da decubito:

no

pregresse

in atto

9. Allergie ed intolleranze:
 sì precisare _____
 no
10. Diabete Mellito:
 I II
 no
11. Disturbi del comportamento:
 vagabondaggio
 ansia
 agitazione
 aggressività
 deliri
 allucinazioni
 depressione
 disforia
 apatia/indifferenza
 disinibizione
 irritabilità
 disturbi dell'appetito e dell'alimentazione
 disturbi del sonno
 altro _____
 no
12. Atti anticonservativi:
 sì nell'anamnesi personale: _____
 sì nell'anamnesi familiare: _____
 eventuali fattori di rischio: _____
 no
13. Autonomia nelle attività quotidiane (vestizione, alimentazione, igiene, ...):
 completamente autonomo
 necessita di supervisione _____
 necessita di aiuto _____
 completamente dipendente _____
Note _____
14. Mobilità:
 autonoma
 con bastone
 con rollator/girello
 carrozzina/bascula
 allettato
15. Mezzi di protezione da cadute (specificare):
 sponde al letto
 tavolino alla carrozzina
 cintura pelvica o addominale
 altro _____

16. Capacità cognitive:
 nella norma
 lieve compromissione _____
 grave compromissione _____

17. Deficit sensoriali significativi:
 si (Specificare se uso di protesi) _____
 no

15. Presidi medici in uso (C.V., C.V.C., PICC, PEG, ...):
 si (Specificare quali) _____
 no

18. Incontinenza:
 urinaria:
 fecale
Fornitura presidi ASL attiva non attiva

19. Eventuali ulteriori informazioni rilevanti

20. Terapia in corso: _____

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra.....
nato/a il/...../..... a
non è affetta/o da malattie infettive o contagiose in atto e non presenta turbe psico-fisiche tali
che non consentono la vita in comunità.

Data/...../.....

Il Medico curante: Dott.

Recapito telefonico

Timbro e firma

