

DOMANDA DI AMMISSIONE

Di _____
Nato/a _____ (____) il _____
Coniugato/a _____ Celibe _____ Nubile _____
Vedovo/a di _____
Residente a _____ (____) Via _____ N° _____
Cap _____ Tel. _____ / _____ Tel. _____ / _____
=====

Richiedente:

il/la sottoscritto/a _____
Nato/a _____ (____) il _____
Residente a _____ (____) Via _____ N° _____
Cap _____ Tel. _____ / _____ Tel. _____ / _____

Rivolge istanza per ottenere l'inserimento del sopradetto congiunto presso codesto Istituto.

All'uopo fornisce le seguenti notizie:

rapporto di parentela con la persona ricoveranda _____
figli viventi _____

Ricoverato/a in altre Case di Riposo (si/no _____)

Durata approssimativa del/dei precedente/i ricovero/i Anni _____ Mesi _____

Provenienza prima del ricovero: Abitazione propria _____ Ospedale _____

Casa di Riposo _____ Altro _____

E' autosufficiente (si/no _____) Pensione mensile di euro _____

Riceve assegno di accompagnamento (si/no/domanda in corso _____)

Tessera Sanitaria N° _____ Esenzione ticket N° _____

Allega i seguenti documenti:

1. Certificato di nascita (o autocertificazione)
2. Situazione di famiglia (o autocertificazione)
3. Questionario medico compilato
4. Tessera del Servizio Sanitario Nazionale
5. Fotocopia di documento di identità
6. Fotocopia del codice fiscale
7. Fotocopia del certificato di pensione
8. Eventuale attestazione di indennità di accompagnamento o invalidità civile. Se questa è in corso fornire fotocopia della domanda.

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO

Il/la sottoscritto/a parente del/la Sig./Sig.ra _____

si impegna formalmente ed in modo inequivocabile con la firma della presente:

- a) all'osservanza delle disposizioni, presenti e future, dello Statuto, del Regolamento Interno, della Carta dei Servizi e delle consuetudini dell'Ente;
- b) di corrispondere la retta mensile di degenza prescritta, attualmente nell'importo di euro _____ e di versare quelle successive in forma anticipata, in modo che l'importo giunga entro i primi cinque giorni di ogni mese;
- c) dichiara inoltre di essere a conoscenza che l'accettazione in via definitiva del Suo congiunto potrà avvenire solo dopo un periodo di osservazione di giorni quindici e si impegna formalmente, ed in modo inequivocabile, a ritirare nuovamente dalla Casa di Riposo Infermeria "Cesare Vercellone" il/la proprio/a congiunto/a se dopo tale periodo di prova il/la medesimo/a non potesse essere accettato/a;
- d) che la retta di degenza può essere aggiornata, previa deliberazione del Collegio Commissariale dell'Ente;
- e) che rinuncia a richiedere qualsiasi rimborso, di qualunque importo versato in via anticipata, anche se non usufruito, salvo i casi previsti dal Regolamento Interno;
- f) che le eventuali spese per trasporto del congiunto in Ospedale o per il ritorno a casa, sono a suo carico, come pure eventuali spese per assistenza notturna;
- g) che l'Amministrazione dell'Infermeria "Cesare Vercellone" declina ogni responsabilità se l'ospite si allontana dall'Istituto senza l'autorizzazione da parte del responsabile;
- h) che all'atto del ricovero dovrà essere fornito il corredo personale di biancheria intima contrassegnato con il N° _____.

Dichiara di aver preso atto di quanto sopra e di sottoscrivere per accettazione.

Cavaglià, li _____

Firma

INFERMERIA “CESARE VERCELLONE” – CAVAGLIA’
PROVINCIA DI BIELLA

QUESTIONARIO MEDICO PER L'AMMISSIONE PRESSO QUESTA CASA DI RIPOSO

(Da compilarsi dal medico di famiglia)

Ospite _____ nato/a a _____ (____) il _____

Residente a _____ (____) Via _____ N° _____

Proveniente da: Domicilio _____ Ospedale _____ Casa di Riposo _____ Altro _____

Motivo della richiesta del ricovero

Malattie in atto _____

Terapia in atto (farmaci e dosi) _____

- 1) Affezioni cardiovascolari no _____ pregressa _____ in atto _____

- 2) Malattie endocrine no _____ pregressa _____ in atto _____

- 3) Diabete no _____ sì _____

- 4) Malattie del sistema nervoso
centrale no _____ pregressa _____ in atto _____

Periferico _____

Postumi

Epilessia

- 5) Turbe psichiche no _____ pregressa _____ in atto _____

- 6) Abuso di alcool no _____ pregressa _____ in atto _____

- 7) Malattie del sangue no _____ pregressa _____ in atto _____

- 8) Malattie apparato urogenitale no _____ pregressa _____ in atto _____

- 9) Allergie no _____ si _____

Condizioni di autonomia (compilare tutte le voci).

Indicare quali delle seguenti attività possono essere svolte dall'ospite senza l'aiuto di altre persone o di particolari attrezzature idonee:

- 1- Alzarsi e coricarsi dal letto si _____ no _____

- 2- Vestirsi e spogliarsi sì _____ no _____

- 3- Lavarsi sì _____ no _____

- 4- Deambulare (passeggiare) sì _____ no _____

- 5- Mangiare (imboccarsi) si _____ no _____

- 6- Utilizzare i servizi igienici sì _____ no _____

- 7- Fare il bagno sì _____ no _____

- 8- Recarsi all'esterno del presidio si _____ no _____

	_____	_____
Totale	_____	_____

L'Amministrazione dell'Infermeria si riserva la facoltà di sottoporre il presente questionario alla verifica dell'Ufficiale Sanitario.

FIRMA DEL SANITARIO

DATA ACCETTAZIONE/CONFERMA del posto_____

FORMA richiedente_____

(ART. 2 DELLA LEGGE 4 GENNAIO 1968 N. 15, D.P.R. 20 OTTOBRE 1998 N. 403)

IL /LA SOTTOSCRITTO/A _____

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' E DELLE PENE STABILITE DALLA LEGGE
PER FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA SUA PERSONALE
RESPONSABILITA' (ART. 26 L. 04.01.1968, N. 15)

DICHIARA

DI ESSERE NATO/A _____ (PROV. _____)

IL _____

CODICE FISCALE _____

DI ESSERE CITTADINO _____

DI ESSERE RESIDENTE A _____ (PROV. _____)

CAP _____ VIA _____ N° _____

DI _____

DATA _____

IL DICHIARANTE _____

Il/La Sig./Sig.ra _____

nella sua qualità di _____

AUTORIZZA il/la Sig./Sig.ra _____

ad uscire dalla struttura opportunamente accompagnato/a dalle persone autorizzate per attività organizzate dall'Ente.

Le persone autorizzate dall'Ente ad accompagnare gli utenti NON si assumono le responsabilità degli eventuali danni od incidenti causati da terzi.

Si precisa che gli utenti sono coperti da idonea polizza assicurativa-infortunistica.

Data _____

Firma _____



CORREDO UOMINI

Corredo che l'utente deve avere con sé al momento dell'inserimento in struttura e, prima dell'ingresso, dovrà essere contrassegnato da un numero che verrà assegnato al momento della presentazione della domanda.

- ASCIUGAMANI DA VISO N° 4
- ASCIUGAMANI OSPITI (BIDET) N° 4
- TELO DA BAGNO GRANDE N° 2
- FAZZOLETTI DI COTONE N° 10
- BAVAGLIONI IN SPUGNA N° 10 (SE L'UTENTE HA DIFFICOLTA' O BISOGNO DI ASSISENZA NELL'ALIMENTARSI)
- FLANELLE COTONE FELPATO N° 6
- CANOTTIERE ESTIVE IN COTONE N° 6
- CALZINI PREVALEMENTEMENTE DI COTONE N° 6
- CALZINI PREVALEMENTEMENTE DI COTONE FELPATO INVERNALI N° 6
- TUTE ESTIVE ED INVERNALI 2 + 2
- PANTALONI N° 6
- CAMICIE, T-SHORT E POLO N° 6
- MAGLIONI, GILET N° 6 (UN PAIO APERTE)
- GIACCHE DA CAMERA N° 2 (ESTIVA ED INVERNALE)
- MUTANDE DI COTONE N° 6
- PIGIAMI INTERI N° 3 (PREFERIBILMENTE IN MAGLINA DI COTONE)
- PIGIAMI SPEZZATI N° 3 (PREFERIBILMENTE IN MAGLINA DI COTONE)
- SCARPE CONFORTEVOLI (PER EVENTUALI GITE O USCITE)
- PANTOFOLE E CIABATTE CON CHIUSURA TIPO VELCRO
- GIACCHE O CAPPOTTO, GUANTI, SCIARPA, CAPPELLO (PER UTENTI CHE ENTRANO AUTOSUFFICIENTI PER EVENTUALI GITE O USCITE)
- BORSONE, SACCA O SIMILI DI MEDIA GRANDEZZA N° 1
- SACCA PORTABAVAGLIA CON LACCI N° 2

BUSTINA PER TOILETTE

PETTINE, SPAZZOLINIO, DENTIFRICIO, PORTASAPONE, SAPONETTA, SCHIUMA DA BARBA, RASOIO, DOPOBARBA, DEODORANTE, EVENTUALE CONTENITORE E SPAZZOLINO PER PROTESI, PASTIGLIE DETERGENTI PROTESI.

I famigliari dovranno verificare costantemente le condizioni del corredo indicato.

Il materiale da toilette (es. creme, dentifricio, saponette, portasapone ecc.) ed il materiale di uso personale (es. sale iposodico, porta protesi dentaria, adesivi per protesi, pastiglie per la pulizia della protesi ecc.), devono essere regolarmente forniti dall'utente a dai famigliari.

CORREDO DONNE



Corredo che l'utente deve avere con sé al momento dell'inserimento in struttura e, prima dell'ingresso, dovrà essere contrassegnato da un numero che verrà assegnato al momento della presentazione della domanda.

- SCIUGAMANI DA VISO N° 4
- ASCIUGAMANI OSPITI (BIDET) N° 4
- TELO DA BAGNO GRANDE N° 2
- FAZZOLETTI DI COTONE N° 10
- BAVAGLIONI IN SPUGNA N° 10 (SE L'UTENTE HA DIFFICOLTA' O BISOGNO DI ASSISENZA NELL'ALIMENTARSI)
- FLANELLE COTONE FELPATO N° 6
- CANOTTIERE ESTIVE N° 6
- CALZINI, GAMBALETTI O CALZE AUTOREGGENTI N° 6
- TUTE ESTIVE ED INVERNALI 2 + 2
- ABITI INTERI O SPEZZATI CON FACILE ABBOTTONATURA N° 3 (ESTIVI ED INVERNALI)
- GOLFINI O MAGLIE N° 6
- VESTAGLIE N° 2 (ESTIVA ED INVERNALE)
- CAMICIE DA NOTTE N° 3 (PREFERIBILMENTE IN MAGLINA DI COTONE)
- PIGIAMI INTERI N° 2 (PREFERIBILMENTE IN MAGLINA DI COTONE)
- PIGIAMI SPEZZATI N° 2 (PREFERIBILMENTE IN MAGLINA DI COTONE)
- MUTANDINE N° 6 (SE L'OSPITE NON E' INCONTINENTE)
- REGGISENI N° 3
- SCARPE CONFORTEVOLI (PER EVENTUALI GITE O USCITE)
- PANTOFOLE E CIABATTE CON CHIUSURA TIPO VELCRO
- GIACCHE O CAPPOTTO, GUANTI, SCIARPA, CAPPELLO (PER UTENTI CHE ENTRANO AUTOSUFFICIENTI PER EVENTUALI GITE O USCITE)
- BORSONE, SACCA O SIMILI DI MEDIA GRANDEZZA N° 1
- SACCA PORTABAVAGLIA CON LACCI N° 2

BUSTINA PER TOILETTE

PETTINE, SPAZZOLA PER CAPELLI, SPAZZOLINO, DENTIFRICIO, PORTASAPONE, SAPONETTA, CREME, DEODORANTE, ACQUA DI COLONIA, EVENTUALE CONTENITORE E SPAZZOLINO PER PROTESI, PASTIGLIE DETERGENTI.

I familiari dovranno verificare costantemente le condizioni del corredo indicato. Il materiale da toilette (es. creme, dentifricio, saponette, portasapone ecc.) e il materiale di uso personale (es. sale iposodico, porta-protesi dentaria, adesivi per protesi, pastiglie per la pulizia della protesi ecc.), devono essere regolarmente forniti dall'utente o dai familiari.