

AL SIG. PRESIDENTE
DELLA COOPERATIVA
"SAN FRANCESCO"
VOLPIANO

DOMANDA DI INGRESSO

Il/la Sottoscritto/a	
Nato/a a	Prov.
il	codice fiscale
Residente a	Prov.
in Via	Tel.

rivolge domanda per l'ammissione nella Casa di Riposo "SAN FRANCESCO" di Volpiano.

A tal fine autocertifica quanto segue:

<u>Stato civile:</u>	<input type="checkbox"/> Coniugato/a	<input type="checkbox"/> Vedovo/a	<input type="checkbox"/> Celibe/nubile
<u>Vive:</u>	<input type="checkbox"/> Con coniuge / convivente	<input type="checkbox"/> Con figli / parenti	<input type="checkbox"/> Solo/a
	<input type="checkbox"/> In altra struttura	<input type="checkbox"/> Altro	
<u>Ricovero richiesto da:</u>	<input type="checkbox"/> Il/la sottoscritto/a	<input type="checkbox"/> famigliari	
	<input type="checkbox"/> servizi sociali	<input type="checkbox"/> altro (<i>specificare</i>)	
<u>Motivo del ricovero:</u> (<i>barrare anche più risposte</i>)	<input type="checkbox"/> non è più autonomo dal punto di vista fisico/psichico	<input type="checkbox"/> la famiglia non è in grado di provvedere	
<input type="checkbox"/> non ha parenti	<input type="checkbox"/> vive solo in casa	<input type="checkbox"/> altro	
<u>Ricovero:</u>	<input type="checkbox"/> temporaneo (per ____ mesi)	<input type="checkbox"/> definitivo	
<u>Fruisce di assegno di accompagnamento</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<u>Ha la pratica in corso</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

(data) _____

(firma) _____

SCHEDA DI RILEVAZIONE DELLO STATO DI SALUTE

DEL SIG. / DELLA SIG.RA _____

(da compilarsi a cura del medico curante)

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

RICOVERI OSPEDALIERI NEGLI ULTIMI 3 ANNI

DIAGNOSI

ALLERGIE FARMACOLOGICHE
ALLERGIE ALIMENTARI
ALLERGIE AMBIENTALI

TERAPIA IN CORSO <i>(indicare soltanto il nome dei farmaci)</i>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(data)

(firma del medico)

**SCHEDA DI RILEVAZIONE DELLE CAPACITA' E DELLE CONDIZIONI
DEL/DELLA SIG./SIG.RA _____**

<u>Deambulazione</u>	<input type="checkbox"/> Cammina autonomamente e senza assistenza	<input type="checkbox"/> Cammina con l'ausilio di bastone/tripode	<input type="checkbox"/> È costretto in carrozzina o è allettato
<u>Memoria</u>	<input type="checkbox"/> Lucido	<input type="checkbox"/> Occasionalmente smemorato	<input type="checkbox"/> Disorientato e confuso
<u>Alimentazione</u>	<input type="checkbox"/> Si alimenta autonomamente	<input type="checkbox"/> Si alimenta con assistenza	<input type="checkbox"/> Richiede di essere alimentato
<u>Abbigliamento</u>	<input type="checkbox"/> Si veste autonomamente e senza assistenza	<input type="checkbox"/> Si veste con assistenza	<input type="checkbox"/> Non si veste autonomamente
<u>Continenza</u>	<input type="checkbox"/> Controllo totale	<input type="checkbox"/> Incidenti occasionali	<input type="checkbox"/> Incontinenza
<u>Presidi per incontinenza</u>	<input type="checkbox"/> Non ne fa uso	<input type="checkbox"/> Ne fa uso saltuario	<input type="checkbox"/> Ne fa uso continuativo
<u>Igiene personale</u>	<input type="checkbox"/> Si lava autonomamente e senza aiuto	<input type="checkbox"/> Si lava con assistenza	<input type="checkbox"/> Non si lava autonomamente
<u>Bagno</u>	<input type="checkbox"/> Si lava autonomamente e senza aiuto	<input type="checkbox"/> Si lava con assistenza	<input type="checkbox"/> Non si lava autonomamente

<u>Visita U.V.G.</u>	<input type="checkbox"/> Mai effettuata	<input type="checkbox"/> Effettuata in data _____ con il seguente esito: _____ (<i>punteggio</i>)	
	<input type="checkbox"/> Bassa intensità	<input type="checkbox"/> Medio-bassa int.	<input type="checkbox"/> Media intensità
	<input type="checkbox"/> Medio-alta int.	<input type="checkbox"/> Alta intensità	<input type="checkbox"/> Alta int. increment

<u>Lavaggio biancheria dell'ospite</u>	<input type="checkbox"/> A cura dei parenti	<input type="checkbox"/> A cura della struttura con addebito del relativo costo mensile
<u>Contrassegno della biancheria</u>		

SCHEDA DI RILEVAZIONE DELLO STATO DI FAMIGLIA
DEL/DELLA SIG./SIG.RA _____

Persone tenute agli alimenti – ex. art.433 Cod. Civ.

“All’obbligo di prestare gli alimenti sono tenuti, nell’ordine seguente:

1. il coniuge;
2. i figli legittimi o legittimati, e in loro mancanza, i discendenti prossimi;
3. i genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi;
4. i generi e le nuore;
5. il suocero e la suocera.”

Grado di parentela	Cognome e nome	Indirizzi (postale e di posta elettronica ordinaria)	Recapito telefonico

Figura di riferimento, da contattare in caso di emergenza:

(data) _____

(firma) _____

OPPURE:

Dichiaro di non aver nessun parente e/o affine di cui all’ex. art. 433 del Cod. Civ.

(data) _____

(firma) _____

Ai sensi degli art.12 e 13 del Reg. UE 2016/679, sul trattamento dei dati “personali”, ESPRIMO il consenso, fatta salva l’assoluta riservatezza, al loro utilizzo esclusivamente per lo svolgimento del servizio socio-sanitario-assistenziale della Cooperativa San Francesco. Sono consapevole che, in caso di mancato consenso, la presente domanda non sarà presa in considerazione o il servizio non potrà essere effettuato.

(data) _____

(firma) _____



SAN FRANCESCO ONLUS S.C.S. –
Via San Giovanni, 16/A – 10088 Volpiano (TO)
Tel. 011 988 21 76 - e-mail: segreteria@casasanfrancescovolpiano.it

ELENCO DEI DOCUMENTI DA PRESENTARE ALL'ATTO DELLA DOMANDA DI INGRESSO

1. Copia della carta d'identità
2. Copia del tesserino sanitario (codice fiscale)
3. Copia di eventuali attestati di esenzione del ticket
4. Copia di un documento da cui risultino il numero e la categoria della/delle pensione/e percepita/e



=====



SAN FRANCESCO ONLUS S.C.S. –
Via San Giovanni, 16/A – 10088 Volpiano (TO)
Tel. 011 988 21 76 - e-mail: segreteria@casasanfrancescovolpiano.it

ELENCO DEI DOCUMENTI DA PRESENTARE AL MOMENTO DELL'INGRESSO

1. Certificato medico con la diagnosi dettagliata sullo stato fisico e psichico del ricoverando e con la terapia farmacologica in corso
2. Carta d'identità in originale
3. Tesserino sanitario (codice fiscale) in originale
4. Eventuali attestati di esenzione del ticket in originale
5. Cartelle cliniche di eventuali ricoveri ospedalieri in originale