

FONDAZIONE

O.P. VERRI BERNABUCCI – UCCELLINI AMURRI

Largo Tosi, 5 - 60030 BELVEDERE OSTRENSE /AN/

Tel. 0731/62025 Fax 0731/617874 e mail: amministrazione@casadiriposobelvedereostrense.it

Al Sig. Presidente
della FONDAZIONE

____/____/____ sottoscritt _____

nat__ a _____ il ____/____/____

residente in _____

via/P.za _____ n. _____

Tel. _____ E-mail _____

In qualità di _____

del Sig. _____ nat__ a _____

il ____/____/____ Cod. fisc.: _____

residente in _____

via/P.za _____ n. _____

dichiara di essere autorizzato anche dai familiari e/o parenti a ciò titolato

che venga accolto ____ presso la Casa di Riposo – Residenza Protetta gestita da Codesto Ente a tale fine,

1. Dichiaro di essere a conoscenza che:

- a) Tutti gli ospiti possono entrare ed uscire dall'Istituto secondo le proprie necessità, nei limiti previsti dal Regolamento vigente.
- b) L'Ente non assume la responsabilità di controllare i ricoverati che, per qualsiasi motivo, escono dall'Istituto.
- c) La retta viene determinata annualmente dall'Amministrazione con decorrenza dal 1° Gennaio di ciascun anno solare, salvo eccezioni particolari.
- d) I servizi di lavanderia e di guardaroba degli indumenti personali, di fisioterapia, ritiro e consegna farmaci, custodia valori ecc., vengono forniti solo su richiesta dell'ospite, tale richiesta è confermata con la firma sulla presente domanda.

2. In caso di ricovero in ospedale o in casa di cura, o per visite specialistiche, l'assistenza sarà a carico dell'interessato e/o dei suoi familiari.

3. E' previsto un mese di prova per accertare se la struttura può o non può assistere l'anziano ospite, al termine del quale l'Amministrazione farà conoscere se revocare o meno l'ammissione nella Casa di Riposo - Residenza Protetta. Resta comunque in facoltà della Casa di Riposo – Residenza Protetta, con un preavviso di almeno 30 giorni, revocare l'ammissione dell'ospite anche senza giusta causa o giustificato motivo. Laddove, inoltre, il richiedente non provveda a diretta collocazione entro il predetto termine, lo stesso sarà tenuto al pagamento di una penale giornaliera pari ad € 50,00.

FONDAZIONE

O.P. VERRI BERNABUCCI – UCCELLINI AMURRI

Largo Tosi, 5 - 60030 BELVEDERE OSTRENSE /AN/

Tel. 0731/62025 Fax 0731/617874 e mail: amministrazione@casadiriposobelvedereostrense.it

4. Dichiaro di accettare le norme presenti e future che regolano il funzionamento della Casa di Riposo – Residenza Protetta e meglio descritte nella Carta dei Servizi dell'Ente.
5. Allego alla presente:
 - certificato medico sulle condizioni di salute dell'ospite redatto su modello predisposto dall'Ente;
 - foto tessera;
 - certificato di invalidità (se in possesso).
6. Si impegna al pagamento della retta mensile nella misura di € _____, determinata annualmente dal Consiglio di Amministrazione, con decorrenza dal 1° gennaio di ciascun anno solare e dovrà essere pagata nei tempi stabiliti dall'Amministrazione dell'Ente.
7. Chiede che i servizi di cui al punto 1 d), siano forniti direttamente dalla struttura.
8. In caso di necessità, autorizza il personale della struttura a fare uso dei mezzi di contenzione (sponde, cinture, tavolino avvolgente da sedia, braccioli da polsi o da caviglie).
9. In caso di impossibilità di diretto contatto con il sottoscritto, lo stesso indica i seguenti contatti:

Belvedere Ostrense, _____

FIRMA ___|___ RICHIEDENTE _____

CERTIFICATO MEDICO PER L'AMMISSIONE

VISITA MEDICA praticata al.... Sig.____

Nat.. a residente a

Via/P.za n°

Notizie preliminari

Da quanti anni cura il/la paziente?

-- paziente occasionale

-- da qualche anno

-- da pochi mesi

-- da molti anni

ANAMNESI

.....
.....
.....

RICOVERI OSPEDALIERI NEGLI ULTIMI DUE ANNI

Ricoveri n° giorni complessivi di ricovero (circa)

Malattie che l'hanno determinato:

ULTIMO RICOVERO OSPEDALIERO data di entrata dimissioni

Diagnosi:

NOTIZIE SULLO STATO PSICHICO E MENTALE (rispondere SI o NO)

L'anzian.. è: Agitato? ____

Vigile? ____

Provvisto di capacità critica? ____

Possiede la memoria recente? ____

Possiede la memoria remota? ____

Ha l'orientamento temporo - spaziale? ____

È soggetto a forti crisi depressive? ____

È stato ricoverato in Case di Cura per malattie mentali? ____

È stato o è seguito dai Centri di Igiene Mentale? ____

MALATTIE INFETTIVE

L'anzian... ha in atto malattie infettive? ____

Se si, quali?

.....

In passato ha avuto malattie infettive? _____

Se si, quali?

.....

EVENTUALI ALTRE NOTIZIE

.....
.....
.....

DIAGNOSI

.....
.....
.....

TERAPIE IN CORSO

.....
.....
.....
.....
.....
.....

CONCLUSIONI AI FINI DELL'AMMISSIONE

Ritengo che l'anzian... è | non è bisognevole di particolari cure igieniche, dietetiche e medicamentose.

Dichiaro che l'anzian... è | non è in buone condizioni psico-fisiche e in grado di attendere a se stesso.

Data

IL MEDICO

.....
(timbro e firma)

FONDAZIONE

O.P. VERRI BERNABUCCI – UCCELLINI AMURRI

Largo Tosi, 5 - 60030 BELVEDERE OSTRENSE /AN/

Tel. 0731/62025 Fax 0731/617874 e mail: amministrazione@casadiriposobelvedereostrense.it

SCHEDA DI ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA

Cognome _____ nome _____

CONDIZIONI GENERALI ATTUALI buone mediocri gravi

È in grado di collaborare? SI NO

MOBILITA'

Può salire e scendere le scale SI NO

Può camminare da solo SI NO

Può camminare con aiuto SI NO

Può camminare con protesi SI NO

Si sposta con carrozzella SI NO

È allettato _____ da quanto? mese _____ anno _____

Si veste da solo SI NO SI con aiuto

Si lava SI NO SI con aiuto

Mangia da solo SI NO SI con aiuto

Scrive SI NO

Utilizza da solo i servizi igienici SI NO

Legge SI NO

PSICHE Integra SI NO

Con fasi di confusione SI NO

Con fasi di disorientamento SI NO

Con fasi di agitazione psicomotorie SI NO

SENSORIO

Cecità SI NO Ipovisus SI NO

Sordità SI NO Ipoacusia SI NO

Mutismo SI NO Disartria SI NO

Disfasia SI NO Afasia SI NO

CONTINENZA SFINTERI

Incontinenza vescicale SI NO Porta catetere SI NO

Incontinenza anale SI NO

GIUDIZIO COMPLESSIVO: _____

Data Firma del Medico di base