

DOMANDA D'AMMISSIONE
CONSORZIO CASA ANZIANI SANTA LUCIA - ARZO

Tipo di richiesta

Degenza in casa anziani definitiva

Degenza in casa anziani temporanea

Dati anagrafici

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Stato Civile _____ N° AVS _____

Attinenza _____ Nazionalità _____

Domicilio _____ Via n° _____

NAP e Luogo _____ Nr. telefonico _____

Cassa Malattia _____ N. affiliazione _____

Medico curante _____ Religione _____

Il/la paziente si trova attualmente

al domicilio

presso familiari - conoscenti

casa per anziani _____ Ospedale _____

Motivo della richiesta

sociale (isolamento, sicurezza....)

salute

barriere architettoniche

Situazione familiare

Il richiedente attualmente vive:

con coniuge/convivente

con altri parenti

solo/a

con altre persone non parenti

con figli

appartamenti protetti

Persona di riferimento od eventuale rappresentante legale

Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela _____

Indirizzo

Via e N° _____ NAP e Luogo _____

Nr. telefono _____ Nr. Natel _____

Parenti

Cognome _____ Nome _____

Via e N° _____ NAP e Luogo _____

Nr. Telefono _____ Nr. Natel _____

Cognome _____ Nome _____

Via e N° _____ NAP e Luogo _____

Nr. Telefono _____ Nr. Natel _____

Cognome _____ Nome _____

Via e N° _____ NAP e Luogo _____

Nr. Telefono _____ Nr. Natel _____

Situazione finanziaria

AVS-AI

cassa pensione

12 mensilità 13 mensilità

assegno grande invalido (AGI)

grado medio grado elevato

altre rendite (SUVA - assicurazione malattia - assicurazioni estere - reddito di sostanza)

Grado di autonomia

Movimento

	da solo	con aiuto parziale	totalmente dipendente
- Alzarsi-sedersi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Camminare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Salire - scendere le scale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sdraiarsi - alzarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Usare il WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mezzi ausiliari _____			

Igiene - vestirsi

	da solo	con aiuto parziale	totalmente dipendente
- Lavarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bagno / doccia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mangiare - bere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diete particolari _____

Comunicazione

	Normale	alterata	assente
- Vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Udito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Comunicare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si	No	
- Apparecchio acustico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Occhiali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Eliminazione

	Continente	incontinente
- Urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Feci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Catetere vescicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Situazione psichica

- Orientato	Si	no	Osservazioni

Nel tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nel luogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sulle persone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Calmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Agitato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Pericolo di fuga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

