



**DOMANDA DI AMMISSIONE CENTRO DIURNO
PER ANZIANI AUTOSUFFICIENTI**

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE

NOME _____ COGNOME _____

NATO/A A _____ IL ____/____/____

CODICE FISCALE _____ TESSERA SANITARIA _____

RESIDENTE A _____ IN VIA/PIAZZA _____

MEDICO CURANTE Dr. _____ TEL _____

È esclusa l'accoglienza di persone non autosufficienti necessitanti di assistenza continua che trovano la loro migliore collocazione nella rete di Unità d'Offerta Sociosanitarie

Le persone quando perdono l'autosufficienza devono essere trasferiti nel più breve tempo possibile e sempre entro 60 giorni in struttura appropriata a cura dei familiari di riferimento.

La persona non autosufficiente viene riaccompagnata da uno dei familiari di riferimento inderogabilmente dopo 60 giorni.



SCHEDA DI INSERIMENTO
CENTRO DIURNO PER ANZIANI AUTOSUFFICIENTI

PARTE COMPILATA DALLA FAMIGLIA/CAREGIVER:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a

(cognome) (nome)

Nato/a a _____ (_____) il _____

(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____

(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi , richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- 1) **essere a conoscenza che in Residence Tre Pini è esclusa l'accoglienza di persone non autosufficienti necessitanti di assistenza continua che trovano la loro migliore collocazione nella rete di Unità d'Offerta Sociosanitarie**
- 2) **di aver compreso che quando il Sig/ra**

(scrivere in stampatello il nome della persona/e per cui si presenta domanda)

perderà la condizione di autosufficienza comporterà le Dimissioni immediate dal Centro Diurno.



COMUNICA INOLTRE

Le seguenti informazioni personali DELLA PERSONA PER CUI SI PRESENTA DOMANDA

NOME _____

COGNOME _____

NATO/A A _____ IL ____/____/_____

PROFESSIONE SVOLTA IN PASSATO _____

È stato un amministratore di sostegno _____ SI _____ NO _____

In caso di risposta positiva indicare il decreto di nomina del giudice

MODALITA' DI GESTIONE DEL REDDITO	<input type="checkbox"/> ANZIANO STESSO <input type="checkbox"/> FAMILIARE																				
INVALIDITA' CIVILE ed ESENZIONI PER PATOLOGIA	<input type="checkbox"/> Specificare tipo di invalidità _____ <input type="checkbox"/> Specificare esenzioni per patologia _____																				
PERSONE/FAMILIARI DI RIFERIMENTO INDACARE CHIARAMENTE L'ORDINE CON CUI CHIAMARE PERSONE DI RIFERIMENTO INDICARE PERSONA CHE ENTRO 60 GG SI OCCUPA DI TROVARE SOLUZIONE ALTERNATIVA IN CASO DI PERDITA AUTOSUFF.	<table><thead><tr><th></th><th>NOME</th><th>PARENTELA</th><th>TELEFONO</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>2</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>3</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>4</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr></tbody></table>		NOME	PARENTELA	TELEFONO	1	_____	_____	_____	2	_____	_____	_____	3	_____	_____	_____	4	_____	_____	_____
	NOME	PARENTELA	TELEFONO																		
1	_____	_____	_____																		
2	_____	_____	_____																		
3	_____	_____	_____																		
4	_____	_____	_____																		



PERSONA GARANTE DEL PAGAMENTO DELLA RETTA	NOME	PARENTELA	TELEFONO
	1 _____	_____	_____
	2 _____	_____	_____
	3 _____	_____	_____
	4 _____	_____	_____
MEDICO MEDICINA GENERALE	Dr./ Dr.SSA		TELEFONO
	Mail	Cellulare	
RESIDENZA AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA	<input type="checkbox"/> DOMICILIO <input type="checkbox"/> OSPEDALE <input type="checkbox"/> ISTITUTO DI RIABILITAZIONE <input type="checkbox"/> HOSPICE <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> ALTRO. Specificare _____		
ALTRE SEGNALAZIONI RILEVANTI			



NOME..... COGNOME.....

TIPO DI INSERIMENTO	GIORNI E ORARIO DI FREQUENZA RICHIESTI: Di norma non è prevista una frequenza saltuaria ed occasionale. E' possibile concordare all'ingresso la frequenza desiderata: <input type="checkbox"/> FREQUENZA N. GIORNI <input type="checkbox"/> FREQUENZA MENSILE <input type="checkbox"/> FREQUENZA PART-TIME <input type="checkbox"/> FREQUENZA FULL-TIME
CAPACITA' A NUTRIRSI	<input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> NECESSITA DI STIMOLI O SORVEGLIANZA <input type="checkbox"/> DEVE ESSERE IMBOCCATO
PROTESI DENTARIA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI E LA USA <input type="checkbox"/> SI MA NON LA USA
PICCOLA IGIENE PERSONALE (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	<input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE AUTONOMO <input type="checkbox"/> NON AUTONOMO
BAGNO/DOCCIA	<input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE AUTONOMO <input type="checkbox"/> NON AUTONOMO
CONTINENZA VESCICALE	<input type="checkbox"/> CONTINENTE <input type="checkbox"/> NON CONTINENTE <input type="checkbox"/> USO DI PANNOLONI <input type="checkbox"/> STOMIA
CONTINENZA INTESTINALE	<input type="checkbox"/> CONTINENTE <input type="checkbox"/> NON CONTINENTE <input type="checkbox"/> USO DI PANNOLONI <input type="checkbox"/> STOMIA
USO DEI SERVIZI IGIENICI	<input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE AUTONOMO <input type="checkbox"/> NON AUTONOMO



CAPACITA DI VESTIRSI	<input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE AUTONOMO <input type="checkbox"/> NON AUTONOMO
VISTA	<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> CON LENTI <input type="checkbox"/> CECITA'
UDITO	<input type="checkbox"/> INTEGRO <input type="checkbox"/> CON AUSILIO <input type="checkbox"/> SORDITA'
LINGUAGGIO	<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> ALTERATO
MOBILITA'	<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> CON AUSILIO, QUALE? _____ <input type="checkbox"/> PROTESI
CAPACITA' DI SALIRE LE SCALE	<input type="checkbox"/> IN GRADO <input type="checkbox"/> NON INGRADO
ACCETTA LA TERAPIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
AL MOMENTO ASSUME LA TERAPIA AUTONOMAMENTE	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

DATA _____

NOME IN STAMPATELLO E FIRMA DELCOMPILANTE



È NECESSARIO PRODURRE FOTOCOPIA FIRMATE DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL COMPILANTE

CERTIFICAZIONE DEL MEDICOMEDICO MEDICINA GENERALE

DR. _____ **CODICE REGIONALE** _____

INDIRIZZO STUDIO _____

RIFERIMENTI TELEFONICI E MAIL _____

NOME DELL'ANZIANO _____

COGNOME _____

TESSERA SANITARIA _____

CONNOTAZIONI FISIOPATOLOGICHE		
NUTRIZIONE	DIPENDENZE	CUTE
<input type="checkbox"/> Sovrappeso <input type="checkbox"/> Malnutrizione <input type="checkbox"/> Deperimento organico <input type="checkbox"/> Cachessia neoplastica	<input type="checkbox"/> Potus <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Bulimia/Anoressia <input type="checkbox"/> Farmacodipendenza	<input type="checkbox"/> Ulcere trofiche <input type="checkbox"/> Infezioni <input type="checkbox"/> parassitosi
EVACUAZIONE	SONNO	SENSORIALITA'
<input type="checkbox"/> Incontinenza urinaria <input type="checkbox"/> Incontinenza fecale <input type="checkbox"/> Stipsi / Diarrea	<input type="checkbox"/> Insonnia non trattata <input type="checkbox"/> ipnoinduzione	<input type="checkbox"/> Ipovisus <input type="checkbox"/> Ipoacusia
PROFILO METABOLICO	MOVIMENTO	PROFILO PSICOSOCIALE
<input type="checkbox"/> Intolleranza glicidica <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Iperuricemia <input type="checkbox"/> Ipoproteinemia <input type="checkbox"/> Uremia <input type="checkbox"/> Alterazioni elettrolitiche	<input type="checkbox"/> Sindrome ipocinetica <input type="checkbox"/> Allettamento <input type="checkbox"/> Deficit neuromotori <input type="checkbox"/> Limitazioni apparato locomotore <input type="checkbox"/> Limitazioni cardiorespiratorie <input type="checkbox"/> Protesi e ausili	<input type="checkbox"/> Nevrosi d'ansia <input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Demenza e/o Alzheimer <input type="checkbox"/> Psicosi <input type="checkbox"/> Epilessia <input type="checkbox"/> Disturbi comportamento <input type="checkbox"/> Asocialità



OSSIGENOTERAPIA	<input type="checkbox"/> Continuativa	<input type="checkbox"/> Di supporto	<input type="checkbox"/> O ₂ liquido portatile
MEDICAZIONI	<input type="checkbox"/> Continuative	<input type="checkbox"/> Occasionali	
ASSISTENZA INFERMIERISTICA	<input type="checkbox"/> Continuativa	<input type="checkbox"/> Occasionale	

NOTE ANAMNESTICHE In caso di affezioni pregresse o in atto, darne succinto resoconto			
Affezioni cardiovascolari	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGRESSE	<input type="checkbox"/> IN ATTO: _____ _____
Affezioni respiratorie	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGRESSE	<input type="checkbox"/> IN ATTO: _____ _____
Affezioni dell'apparato digerente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGRESSE	<input type="checkbox"/> IN ATTO: _____ _____
Affezioni dell'apparato urogenitale	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGRESSE	<input type="checkbox"/> IN ATTO: _____ _____
Affezioni del sistema nervoso centrale	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGRESSE	<input type="checkbox"/> IN ATTO: _____ _____
Patologie del sistema nervoso periferico	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGRESSE	<input type="checkbox"/> IN ATTO: _____ _____
Esiti neuromotori	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGRESSE	<input type="checkbox"/> IN ATTO: _____ _____
Patologie muscolo scheletriche	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGRESSE	<input type="checkbox"/> IN ATTO: _____ _____
Limitazioni funzionali mioarticolari	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGRESSE	<input type="checkbox"/> IN ATTO: _____ _____
Malattie endocrino metaboliche	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGRESSE	<input type="checkbox"/> IN ATTO: _____ _____
Deficit sensoriali	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGRESSE	<input type="checkbox"/> IN ATTO: _____ _____
Patologie di altri apparati	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGRESSE	<input type="checkbox"/> IN ATTO: _____ _____



ALLERGIE: (alimentari e non) SI NO se si indicare quali e allegare certificato medico

INTOLLERANZE: (alimentari e non) SI NO se si indicare quali e allegare certificato medico

EVENTUALI FARMACI AL BISOGNO IN CASO DI:

- Emicrania_____
- Stipsi_____
- Diarrea_____
- Vomito_____
- Dolori reumatici_____
- Iperpiressia_____
- Altro_____



TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI – INFORMATIVA

- 1) Prima di fornirci i suoi dati personali La preghiamo di leggere la presente informativa. Inoltre, per dati personali si intendono ai sensi della presente informativa quelli che Le richiediamo o che potremo richiederle in futuro; quelli spontaneamente da Lei forniti tenendo presente che non vi è obbligo da parte Sua di fornirli.
- 2) I dati vengono da noi raccolti con l'esclusiva finalità di svolgere la nostra attività professionale nei Suoi confronti, compresa la gestione contabile del rapporto.
- 3) I dati verranno registrati su supporti informatici protetti ed i moduli cartacei verranno da noi correttamente mantenuti e protetti.
- 4) Il personale è incaricato formalmente ed ha ricevuto adeguata formazione.
- 5) I dati potranno essere resi noti ai dipendenti ed ai consulenti della società per gli aspetti che possono riguardarli e secondo le modalità previste dalla legge.
- 6) Ai sensi dell'art. 7 del D.L.vo 196/03 i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati sono:
 - Ottenere a cura del Titolare senza ritardo:
 - la conferma o meno dell'esistenza dei dati personali che La riguardano,
 - la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati
 - l'aggiornamento, la rettificazione, ovvero qualora ne abbia interesse, l'integrazione dei dati;
 - l'attestazione che le operazioni di cui ai precedenti b) e c) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccettuato i casi in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato al diritto tutelato;
 - Opporsi in tutto od in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta, nel qual caso non sarà possibile procedere all'erogazione dei servizi professionali.
 - I diritti di cui all'articolo 7 sono esercitati con richiesta rivolta senza formalità al Titolare o al responsabile, anche per il tramite di un incaricato, alla quale è fornito idoneo riscontro senza ritardo.
- 7) Le segnaliamo che il **Titolare del Trattamento** è SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE RESIDENZE LEGGERE – O.N.L.U.S. Via Melchiorre Gioia, 32 --- 20124 Milano (MI).
- 8) Le segnaliamo che l'elenco degli **Incaricati** autorizzati al trattamento è disponibile presso la Direzione.
- 9) Le segnaliamo che i dati possono essere comunicati a Enti Locali (Regione, Comune), ASL e agli istituti di credito per la gestione degli incassi e dei pagamenti.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/La Sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Con la firma apposta alla presente attesta il proprio libero consenso affinché Titolare e Responsabile procedano al trattamento dei propri dati personali e alla loro comunicazione nell'ambito dei soggetti indicati nell'informativa per le finalità indicate nell'informativa medesima.

Data _____

Firma leggibile** _____

Esprimo inoltre il consenso per eventuali trattamenti di dati personali definiti **sensibili** nei limiti in cui siano strumentali per le finalità del trattamento elencate nella presente informativa, dichiarando di avere ricevuto copia dell'informativa.

Data _____

Firma leggibile** _____

Con la sottoscrizione della presente inoltre autorizzo SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE RESIDENZE LEGGERE – O.N.L.U.S. a consegnare copie od originali della mia documentazione di qualsiasi tipo in Suo possesso, nulla escluso, al coniuge, a conviventi od ai figli. Detta autorizzazione può essere revocata solo a mezzo di lettera raccomandata a.r. indirizzata a SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE RESIDENZE LEGGERE – O.N.L.U.S. e detta revoca avrà effetto dal giorno successivo a quello di ricevimento di detta raccomandata.

Data _____

Firma leggibile** _____

** Firma il Signor/la Signora _____ in nome e per conto del proprio congiunto.