



Modulo per la richiesta di soggiorno

Richiesta soggiorno

Soggiorno dal	<input type="text"/>	Soggiorno fino al	<input type="text"/>
		Lasciare vuoto se indeterminato	
Tipo soggiorno	<input type="checkbox"/> Casa anziani <input type="checkbox"/> Soggiorno Temporaneo <input type="checkbox"/> Centro Diurno Terapeutico	Soggiorno a tempo indeterminato, favorendo una <input type="checkbox"/> Camera singola <input type="checkbox"/> Camera doppia Soggiorno di massimo 90 giorni, camera doppia o singola attribuita secondo disponibilità Permanenza di <input type="checkbox"/> mezza giornata <input type="checkbox"/> giornata intera con ricorrenza <input type="text"/>	
Urgenza	<input type="checkbox"/> Urgente <input type="checkbox"/> Vorrei essere inserito nella lista d'attesa per un'ammissione indicativa a	<input type="checkbox"/> Poco urgente	<input type="checkbox"/> Sto solamente raccogliendo informazioni a <input type="text"/> mese <input type="text"/> anno
Provenienza	<input type="text"/>	Destinazione	<input type="text"/>
Luogo di soggiorno prima dell'entrata		dopo il soggiorno temporaneo	

Dati personali dell'ospite

Cognome	<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>	N° AVS (756...)	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	Stato civile	<input type="text"/>
CAP e luogo	<input type="text"/>	N° telefono	<input type="text"/>
Domicilio	<input type="text"/>	N° cellulare	<input type="text"/>
Nazionalità	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Tipo di permesso	<input type="text"/>	Lingua	<input type="text"/>
Vive da solo?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No, vivo con	<input type="checkbox"/> Coniuge/convivente	<input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Specificare <input type="text"/>
Percepisce	<input type="checkbox"/> Assegni Grandi Invalidi	<input type="checkbox"/> Prestazioni complementari	<input type="checkbox"/> Altre prestazioni sociali
Cassa malati	<input type="text"/>	N° assicurato	<input type="text"/>
N° tessera (8075...)	<input type="text"/>	Scadenza tessera	<input type="text"/>

Copie documenti da allegare:

- Carta d'identità fronte-retro
- Mandato di curatela

- Tessera cassa malati fronte-retro

- Permesso di soggiorno

Se non riportati nell'ultima pagina:

- Ultima documentazione medica

- Ultima documentazione infermieristica

- Ultime analisi di laboratorio



Persone di riferimento

Medico curante

Cognome
Nome
Indirizzo
CAP e luogo
N° telefono
E-mail

Curatore

Inviare fatture a questo contatto

Cognome
Nome
Indirizzo
CAP e luogo
N° telefono
E-mail

1° contatto

Inviare fatture a questo contatto

Relazione
Cognome
Nome
Indirizzo
CAP e luogo
N° telefono/cellulare
E-mail

2° contatto

Inviare fatture a questo contatto

Relazione
Cognome
Nome
Indirizzo
CAP e luogo
N° telefono/cellulare
E-mail

Concessione procura per i rapporti con gli organi dell'AVS e dell'AI

Il(la) sottoscritto(a) concede la procura alla Fondazione Opera Caritas che autorizza a richiedere, agli organi dell'AVS e dell'AI, ogni informazione necessaria per il calcolo della retta (compresa quindi l'informazione se l'ospite è al beneficio dell'AGI). Il(la) sottoscritto(a) concede pure la procura alla Fondazione Opera Caritas che la autorizza a presentare richiesta, qualora ritenesse adempite le relative condizioni, per l'ottenimento dell'AGI

Iscrizione in lista d'attesa

Compilando il modulo è possibile trasmettere la domanda di richiesta d'ammissione per soggiorno in casa per anziani. Quest'ultima non è vincolante per l'Istituto, ma attraverso di essa si potrà prendere conoscenza di alcuni elementi essenziali e verificarne l'urgenza.

Una volta decisa la data d'ammissione, il(la) richiedente dovrà presentare al più tardi al momento dell'entrata in Istituto la documentazione richiesta.

Luogo e data

Firma

Cognome e nome leggibile, di chi ha diritto di firma



Diagnosi e terapie

Grado di dipendenza Autosufficiente Parzialmente dipendente Dipendente

Motivi e obiettivi del ricovero Continuazione delle cure sotto sorveglianza medica dopo intervento chirurgico
 Continuazione delle cure sotto sorveglianza medica dopo malattia acuta
 Riattivazione sotto sorveglianza medica dopo trauma
 Valutazione e terapia di una malattia sotto sorveglianza medica
 Altro, specificare _____

Mobilità Deambulazione assistita Deambulazione libera Allettato
 Mezzi ausiliari, specificare _____

Al presente modulo è da allegare l'ultimo rapporto medico e infermieristico e le ultime analisi di laboratorio oppure sono da indicare tutte le informazioni di seguito.

Senza tali informazioni non è possibile una valutazione accurata della disponibilità.

Diagnosi somatica e psichica

Terapia (specificare terapia orale, s/c, i/v, i/m, ossigeno, inalazioni, cerotti transdermici)

Medicazioni

Luogo e data _____

Firma medico curante _____

Timbro medico curante _____