



*Casa di Riposo - Ospedale Ricovero  
di Sommariva del Bosco*

DOMANDA D'INGRESSO



### CONSENSO

A conferma dell'accettazione della Carta dei Servizi e Regolamento già manifestata con la sottoscrizione e consegna della presente domanda, esprimo, il consenso al trasferimento di camera qualora le condizioni sanitarie lo rendano opportuno/necessario e/o per necessità dell'Ente.

Sommariva del Bosco, li \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

### ATTO DI IMPEGNO

Il sottoscritto si impegna a corrispondere quanto dovuto all'Ente secondo le condizioni economiche indicate nella carta dei servizi e regolamento.

Sommariva del Bosco, li \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna a provvedere mensilmente al pagamento dei farmaci direttamente alla Farmacia di Sommariva del Bosco.

Sommariva del Bosco, li \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_



## AVALLO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

nella sua qualità di \_\_\_\_\_

AVALLA la superiore istanza rendendosi responsabile delle dichiarazioni e degli impegni in essa contenuti.

Sommariva del Bosco, li \_\_\_\_\_

FIRMA

Eventuali conoscenti o parenti cui fare riferimento:

1) Cognome e Nome \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

nella sua qualità di \_\_\_\_\_

FIRMA

2) Cognome e Nome \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

nella sua qualità di \_\_\_\_\_

FIRMA

3) Cognome e Nome \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

nella sua qualità di \_\_\_\_\_

FIRMA



## CONSENSO ALL'UTILIZZO DATI EX D.LGS. 196/2003

SPETT.LE

CASA DI RIPOSO - OSPEDALE RICOVERO

Largo Dr. R. Vanni, 1

12048 Sommariva del Bosco (CN)

### Da utilizzare per Ospiti AUTOSUFFICIENTI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ dichiara di avere ricevuto da parte della Casa di Riposo – Ospedale Ricovero di Sommariva del Bosco le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (natura obbligatoria dei dati-irricevibilità della domanda-titolare è il Legale Rappresentante dell'Ente). In particolare dichiaro di avere liberamente preso atto che i miei dati saranno utilizzati per la gestione del ricovero presso la Casa di Riposo citata e che mi è riconosciuto il diritto di conoscere, cancellare, rettificare, aggiornare, integrare ed oppormi al trattamento dei dati stessi nonché gli altri diritti riconosciuti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003. Per far valere i miei diritti potrò rivolgermi all'Ufficio di Segreteria dell'Ente. Di conseguenza autorizzo il titolare, il responsabile e gli incaricati al trattamento della Casa di Riposo citata ad effettuare da un lato il trattamento dei dati personali ed alla comunicazione dei medesimi, ai fini istituzionali dell'Ente, ad altri Enti Pubblici, medici, organismi assistenziali, sociali e sanitari, con particolare riferimento a quelli riguardanti lo stato di salute, necessari per la gestione del Ricovero e la tutela sanitaria e dall'altro lo scatto di immagini della propria persona durante la permanenza in Struttura e la divulgazione di tali immagini, relativamente agli scopi dell'attività della Casa di Riposo, sia per pubblicazioni interne, esterne, su giornali e via etere, che sul sito dell'Ente.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

(firma avallanti/persona di riferimento) \_\_\_\_\_

(firma avallanti/persona di riferimento) \_\_\_\_\_

## Da utilizzare per Ospiti NON AUTOSUFFICIENTI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ fa presente che le condizioni

psicofisiche del/ della Signor/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ sono tali da non consentire

l'informazione diretta per cui dichiara di avere ricevuto per conto del/della medesimo/a dalla Casa di Riposo di Sommariva del Bosco le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003

inerenti il trattamento dei dati personali della persona da ricoverare (natura obbligatoria dei dati-irricevibilità della domanda-titolare è il Legale Rappresentante dell'Ente). In particolare

dichiaro di aver liberamente preso atto che i dati saranno utilizzati per la gestione del ricovero presso la Casa di Riposo citata e che è riconosciuto il diritto di conoscere, cancellare,

rettificare, aggiornare, integrare ed opporsi al trattamento dei dati stessi nonché gli altri diritti riconosciuti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003. Per far valere i miei diritti e quello dell'interessato

potrò rivolgermi all'Ufficio di Segreteria dell'Ente. Per effetto di quanto sopra esposto autorizzo il titolare, il responsabile e gli incaricati al trattamento della Casa di Riposo ad

effettuare da un lato il trattamento dei dati personali del/della Signor/a \_\_\_\_\_ ed alla comunicazione dei medesimi, ai fini istituzionali dell'Ente,

ad altri Enti pubblici, medici, organismi assistenziali, sociali e sanitari, con particolare riferimento a quelli riguardanti lo stato di salute, necessari per la gestione del ricovero e la

tutela sanitaria, e dall'altro lo scatto di immagini della persona durante la permanenza in Struttura e la divulgazione di tali immagini, relativamente agli scopi dell'attività della Casa di

Riposo, sia per pubblicazioni interne, esterne, su giornali e via etere, che sul sito dell'Ente.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

\_\_\_\_\_  
(firma avallanti/persona di riferimento)

\_\_\_\_\_  
(firma avallanti/persona di riferimento)

## QUESTIONARIO DA COMPILARSI DA PARTE DEL MEDICO CURANTE

**(da allegare alla Domanda di Ammissione)**

Cognome e Nome dell'Ospite \_\_\_\_\_

***N.B. Crociare la voce che interessa e se progressive o in atto specificare:***

1. Afezioni cardiovascolari:  
no \_\_\_\_\_  
pregresse \_\_\_\_\_  
in atto \_\_\_\_\_
2. Malattie endocrine:  
no \_\_\_\_\_  
pregresse \_\_\_\_\_  
in atto \_\_\_\_\_
3. Malattie del sistema nervoso centrale:  
no \_\_\_\_\_  
pregresse \_\_\_\_\_  
in atto \_\_\_\_\_
4. Turbe psichiche:  
no \_\_\_\_\_  
pregresse \_\_\_\_\_  
in atto \_\_\_\_\_
5. Malattie del sangue:  
no \_\_\_\_\_  
pregresse \_\_\_\_\_  
in atto \_\_\_\_\_
6. Malattie apparato urogenitale:  
no \_\_\_\_\_  
pregresse \_\_\_\_\_  
in atto \_\_\_\_\_
7. Malattie a carico dell'apparato locomotore:  
no \_\_\_\_\_  
pregresse \_\_\_\_\_  
in atto \_\_\_\_\_

8. Malattie dermatologiche (piaghe da decubito, ecc.):  
 no \_\_\_\_\_  
 pregresse \_\_\_\_\_  
 in atto \_\_\_\_\_
9. Allergie:  
 si quali \_\_\_\_\_  
 no \_\_\_\_\_
10. Diabete:  
 si (specificare se seguito da un centro antidiabetico) \_\_\_\_\_  
 no \_\_\_\_\_
11. Disturbi del comportamento:  
 si quali \_\_\_\_\_  
(vagabondaggio-ansia- agitazione/aggressività-deliri-allucinazioni-depressione/disforia- apatia/indifferenza-  
 disinibizione-irritabilità-disturbi dell'appetito e dell'alimentazione-disturbi del sonno)  
 no \_\_\_\_\_
12. Altre malattie in atto (specificare): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
13. Terapia in corso: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
14. Incontinenza:  
 urinaria: SI NO (specificare se cateteri o pannoloni)  
 fecale: SI NO
- \*\*\*\*\*

Si certifica che .....l..... Sig./Sig.ra.....  
 nat.....a ..... non è affett..... da  
 malattie infettive o contagiose in atto e non presenta turbe psico-fisiche tali che non  
 consentono la vita in comunità.  
 ...../...../.....  
 Timbro \_\_\_\_\_ Il Medico curante \_\_\_\_\_





## SCHEDA BENI PERSONALI

IL SOTTOSCRITTO (Cognome e nome)

\_\_\_\_\_

in qualità di Ospite/ Familiare dell'ospite (cancellare il caso che non interessa)

\_\_\_\_\_

### D I C H I A R A

di aver portato presso l'Ente i seguenti beni di proprietà

DESCRIZIONE SOMMARIA	CONTRASSEGNO CON NUMERO DOMANDA DI INGRESSO

### E S I I M P E G N A

a richiedere all'Ente la presente scheda, provvedendo alla sua completa compilazione, per le necessità future.

In fede.

Sommariva del Bosco,

FIRMA \_\_\_\_\_

## SCHEDE USCITE

IL SOTTOSCRITTO (Cognome e nome)

\_\_\_\_\_

in qualità di Ospite/ Familiare dell'ospite (cancellare il caso che non interessa)

\_\_\_\_\_

### D I C H I A R A

di uscire dalla struttura / accompagnare il Signor

\_\_\_\_\_

dalle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

alle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

e, informato sulle condizioni psico-fisiche e della terapia, si assume ogni responsabilità in merito.

Recapito telefonico (fisso) \_\_\_\_\_ (cellulare) \_\_\_\_\_

In fede.

Sommariva del Bosco,

FIRMA \_\_\_\_\_

DOMANDA D'INGRESSO



## SCHEDA ASSISTENTI FAMILIARI

IL SOTTOSCRITTO (Cognome e nome)

\_\_\_\_\_

in qualità di Ospite/ Familiare dell'ospite (cancellare il caso che non interessa)

\_\_\_\_\_

### DI CHIARA

di VOLERSI AVVALERE DEL/LA SIG./RA \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

### E SI IMPEGNA

che la stessa venga informata sulle condizioni sanitarie e problematiche assistenziali connesse, assumendosi ogni responsabilità in merito e riconoscendo che l'Ente potrà allontanare la persona per comportamenti contrari al buon andamento della Casa o all'assistenza agli Ospiti e/o interferenze nei servizi erogati dalla Struttura.

In fede.

Sommariva del Bosco,

FIRMA \_\_\_\_\_

DOMANDA D'INGRESSO



## SCHEDA VESTIARIO

IL SOTTOSCRITTO (Cognome e nome)

\_\_\_\_\_

in qualità di Ospite/ Familiare dell'ospite (cancellare il caso che non interessa)

\_\_\_\_\_

### D I C H I A R A

di aver fornito il sottoindicato corredo iniziale (anche quello indossato al momento dell'ingresso in struttura), numerando ogni singolo capo con cucitura del numero \_\_\_\_\_ attribuito dall'Ente

TIPOLOGIA DEL VESTIARIO	DESCRIZIONE SOMMARIA

### E S I I M P E G N A

a richiedere all'Ente la presente scheda, provvedendo alla sua completa compilazione, numerando il corredo, ogni qual volta si ravvi la necessità di integrazione del corredo iniziale (per rinnovo stagionale, in caso di usura, ecc).

In fede.

Sommariva del Bosco,

FIRMA \_\_\_\_\_



## CORREDO DELL'OSPITE AL MOMENTO DELL'INGRESSO

Il corredo che l'Ente **consiglia** è la dotazione utile per la vita nella Struttura; è necessario comunque tener conto delle abitudini che l'Ospite aveva a casa rispetto all'abbigliamento ed è pertanto opportuno chiedere consiglio all'Ente per conciliare pregresse abitudini ed esigenze di funzionalità. Al fine di evitare danni, la composizione dei tessuti deve tenere conto del lavaggio industriale del corredo. L'Utente o familiari sono tenuti ad integrare il corredo iniziale ogni qual volta l'Ente ne ravvisi la necessità, così come è necessario che il corredo venga rinnovato, in caso di usura, o adeguato, a seguito di mutamento delle condizioni psico-fisiche della persona.

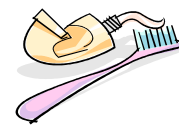
### VESTIARIO

- 3 asciugamani bidet
- 3 asciugamani viso
- fazzoletti
- tovaglioli
- 4 maglie intime in cotone e lana
- 4 paia di calze
- 2 pigiami o camice da notte - vestaglie
- 5 mutande
- 1 accappatoio
- camice o maglie leggere
- gonne o pantaloni o tute da ginnastica (anche per l'attività di terapia)
- maglioni tipo golf
- maglie di lana o felpe
- 1 scialle (eventuale)
- 1 giaccone o cappotto
- 1 paio di pantofole o scarpe comode (con suola in gomma antiscivolo)
- 2 paia di lenzuola e 2 federe



### ACCESSORI

- pettine o spazzola per capelli
- specchio
- spazzolino da denti con astuccio
- dentifricio
- contenitore porta dentiera
- rasoio elettrico (eventuale)
- eventuali creme personali
- pasta adesiva per protesi dentarie e pastiglie per il lavaggio
- bustina con zip
- taglia unghie



### ALTRE

- Ausili per incontinenti (eventuali)

I PARENTI DEBBONO PROCURARSI E CUCIRE SU TUTTI GLI INDUMENTI DELL'OSPITE (ANCHE QUELLI ALL'ATTO DELL'INGRESSO) CON APPOSITA FETTUCCIA IL NUMERO ATTRIBUITO DALLA CASA DI RIPOSO IN MODO DA INVENTARIARE IL GUARDAROBA DELL'OSPITE.