

OGGETTO: Domanda di ammissione del/la Signor/a _____

Spett.le
APSP Ubaldo Campagnola
Via Campagnola n. 5
38063 - AVIO (TN)
amministrazione@apspavio.it
fax 0464 688093

____1____ sottoscritt_____

oppure

____1____ sottoscritt_____

(grado di parentela)_____

del____ Sig./ra_____

nat____ a _____ il _____

codice fiscale _____ residente a _____ (____)

Via _____ n. telefono _____

con la presente chiede la sua ammissione presso la Residenza Sanitaria Assistenziale, come

posto pagante non convenzionato DAL _____ AL _____.

Contestualmente comunica che il proprio medico curante è _____ di
_____, recapito telefonico _____.

Allo scopo dichiara di aver preso visione delle norme regolamentari che disciplinano la vita
all'interno dell'Ente e di accettarle integralmente.

Data,_____

Firma _____

Allega alla presente: - Quadro clinico

QUADRO CLINICO

A cura del Medico Curante e da allegare alla domanda di ammissione

Si dichiara che la/il Sig.

nata/o il.....a..... presenta la seguente diagnosi:

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

La terapia seguita attualmente è la seguente:.....
.....
.....

ALTRE NOTIZIE SULLE CONDIZIONI GENERALI DELL'OSPITE.

Precedenti esperienze di ricovero in Istituti per Anziani:	SI	NO	
(precisare:)			
Provvede autonomamente all'igiene personale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> parzialmente	<input type="checkbox"/> NO
Si muove in piano con autonomia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> con appoggio	<input type="checkbox"/> NO
E' incontinente (.....)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> parzialmente	<input type="checkbox"/> NO
E' allettato	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
L'assistenza sanitaria deve essere di tipo particolare	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
Durante i pasti si alimenta: (.....)	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> aiutato	<input type="checkbox"/> imboccato
E' persona capace di vivere in comunità	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> con difficoltà	<input type="checkbox"/> NO
E' persona pacifica/mite	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> NO
Può essere pericolosa a se o ad altri	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> NO
E' persona ansiosa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> a volte	<input type="checkbox"/> NO
Ha precedenti psichiatrici (.....)	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
Problemi alcool-correlati (.....)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> pregressi	<input type="checkbox"/> NO
Trattasi di persona diabetica	<input type="checkbox"/> ID	<input type="checkbox"/> NID	<input type="checkbox"/> NO
E' sovrappeso (Kg.)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> moderatamente	<input type="checkbox"/> NO
Presenza di malattie infettive (.....)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> pregressa	<input type="checkbox"/> NO
Valori abituali della sua pressione arteriosa			
Altre informazioni ritenute utili.....			
.....			

N.B.: se possibile allegare documentazione relativa a ricoveri ospedalieri o in casa di cura.

Data,

Il Medico Curante
(timbro e firma)

A.P.S.P. "UBALDO CAMPAGNOLA" in Avio

Via Campagnola, 5 – 38063 - AVIO (TN)

NOME DELL'OSPITE SIG. _____

DATI ANAGRAFICI:

PATERNITA': _____

MATERNITA': _____

STATO CIVILE: _____ **nome del coniuge** _____

PROFESSIONE: _____

TITOLO DI STUDIO: _____

PERSONE DI RIFERIMENTO:

1. SIG. _____

RESIDENTE A: _____

VIA-FRAZ.: _____

TELEFONO N. _____ **N.** _____

GRADO DI PARENTELA _____

EMAIL: _____

1. SIG. _____

2. SIG. _____

RESIDENTE A: _____

RESIDENTE A: _____

VIA-FRAZ.: _____

VIA-FRAZ.: _____

TELEFONO N. _____

TELEFONO N. _____

GRADO DI PARENTELA _____

GRADO DI PARENTELA _____

3. SIG. _____

4. SIG. _____

RESIDENTE A: _____

RESIDENTE A: _____

VIA-FRAZ.: _____

VIA-FRAZ.: _____

TELEFONO N. _____

TELEFONO N. _____

GRADO DI PARENTELA _____

GRADO DI PARENTELA _____