

CASA DI RIPOSO GASPARINI	DOMANDA DI INGRESSO		Data 01.02.2012 Rev. 0	Pagina 1 di 8
	Protocollo n° _____ del _____ n° _____ registro lista d'attesa			

_____ l _____ sottoscritt _____

(nome, cognome e grado di parentela di chi presenta la domanda)

Residente in _____ tel. _____

Identificato con documento _____

Chiede che venga ammesso/a presso la Casa di Riposo/Casa Protetta

_____ l _____ sig. _____

Nat _____ a _____ il _____

Stato civile _____ nome del coniuge _____

Codice fiscale _____

Residente in _____ via _____

Attualmente domiciliato/a _____

Presso _____

Titolo di studio _____ professione precedente al pensionamento _____

Iniziativa della domanda _____

(propria, d'accordo con i familiari, su consiglio di altri, del medico, di un operatore sociale)

Figli o parenti dell'ospite: _____

(nome, cognome, residenza, recapiti) _____

Reddito INPS : Cat. _____ n° certificato _____ Importo mensile _____

Cat. _____ n° certificato _____ Importo mensile _____

Reddito INPDAP _____ Importo mensile _____

Invalità civile: si no Importo mensile _____

(se si allegare fotocopia certificato invalidità)

Assegno accompagnamento: si no Domanda in corso si no

CASA DI RIPOSO GASPARINI	DOMANDA DI INGRESSO		
	Protocollo n° _____ del _____		Data 01.02.2012
	n° _____ registro lista d'attesa		Rev. 0
			Pagina 2 di 8

Reparto richiesto: Casa di Riposo Camera 4 letti Casa Protetta Camera 2 letti
 Camera 3 letti Camera 1 letto
 Camera 2 letti
 Camera 1 letto

Si informa che in caso di visite mediche e/o ricoveri ospedalieri, sia programmati che di emergenza, l'accompagnamento degli ospiti all'esterno della struttura non può essere effettuato dal personale in servizio della CdR Gasparini.

Documenti da allegare:

Stato di famiglia e residenza in carta libera
Documento identità valido (in fotocopia)
Codice fiscale
Certificato di invalidità
Documentazione sanitaria/lettera di dimissioni/ Ultimi esami ematici e urine INDISPENSABILE PRIMA DELL'INGRESSO
RX torace non anteriore a tre mesi o certificato medico attestante la non presenza di segni o sintomi compatibili con TB delle vie respiratorie in fase attiva INDISPENSABILE PRIMA DELL'INGRESSO
Certificazione medica che non presenta malattie parassitarie dermatologiche che controindichino la vita in comunità. INDISPENSABILE PRIMA DELL'INGRESSO
Tessera sanitaria (In originale, al momento dell'ingresso)
Documento di iscrizione al servizio sanitario nazionale
Indicazione medico curante
Esenzione ticket

Pieve Dugliara, _____

FIRMA _____

CASA DI RIPOSO GASPARINI	DOMANDA DI INGRESSO		
	Protocollo n° _____ del _____	Data 01.02.2012	Pagina 3 di 8
	n° _____ registro lista d'attesa	Rev. 0	

Al momento dell'ingresso deve essere versata la prima mensilità e la cauzione infruttifera, a garanzia di futuri pagamenti di rette e di quant'altro posto a suo carico, pari ad 1 mensilità di gg 30. Il costo giornaliero è riportato sulla tabella allegata e comprende i servizi specificati nella "carta dei servizi".

La retta deve essere pagata mensilmente, entro il giorno 10, presso la Tesoreria dell'Ente, Cassa di Risparmio di Parma & Piacenza, agenzia di Rivergaro (IBAN IT11P0623065440000060069376)

L'Amministrazione tratterà, in caso di dimissioni volontarie dell'ospite o di decesso, la retta giornaliera relativa al periodo di effettiva permanenza in struttura gravata della somma corrispondente alla retta di sette giorni per il ricovero in casa di riposo ovvero di tre per quello in casa protetta.

In caso di ricovero ospedaliero sarà scontata, dal 16° giorno di ospedalizzazione, la quota di € 14,19/gg per la retta di casa protetta e di € 5/gg per la retta di casa di riposo.

Qualora le condizioni psicofisiche dell'ospite ricoverato in casa di riposo dovessero subire peggioramenti, l'Ente si riserva di effettuare, tramite il medico curante indicato al momento dell'ingresso con MOD AMM 008, una valutazione volta ad accertare la compatibilità della presenza dell'ospite in struttura con i parametri stabiliti dalla normativa vigente.

Se le condizioni non fossero più compatibili con le caratteristiche delle Casa di Riposo, il familiare sarà invitato a rivolgersi al servizio Sociale del Comune di residenza dell'ospite entro quindici giorni affinché inoltri domanda per ingresso in struttura protetta. Nell'attesa di eventuale trasferimento presso una struttura esterna, l'ospite sarà trasferito, secondo la lista di attesa, presso la Casa Protetta della CdR Gasparini alle condizioni economiche al momento vigenti.

In caso di decesso in ospedale dopo un ricovero superiore ai quindici giorni non è addebitata la franchigia, se il decesso avviene entro il periodo di tempo sopra indicato (15 gg), sarà calcolata la franchigia come sopra specificato.

DISPOSIZIONE PERMANENTE ADDEBITO IN CONTO DELLE RETTE

Appoggio bancario _____

Codice IBAN _____

Intestatario del c/c _____

Pieve Dugliara, _____

FIRMA _____

CASA DI RIPOSO GASPARINI	DOMANDA DI INGRESSO		Data 01.02.2012 Rev. 0	Pagina 4 di 8
	Protocollo n° _____ del _____	n° _____ registro lista d'attesa		

PARTE RISERVATA AL MEDICO DI BASE o AL MEDICO OSPEDALIERO/DI ALTRA STRUTTURA SANITARIA

Anamnesi remota:			
Diagnosi attuale (ENTRO LE 24 h DALL'INGRESSO, È NECESSARIO CHE IL MEDICO SI PRESENTI IN STRUTTURA PER LA FIRMA DELLE SCHEDE TERAPIA E DI CONTENZIONE)			
HbSAg <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> Coprocultura <input type="checkbox"/>			
Terapia farmacologica in corso			
Farmaco	Orario	Posologia	Dosaggio
Annotazioni aggiuntive			

CASA DI RIPOSO GASPARINI	DOMANDA DI INGRESSO		
	Protocollo n° _____ del _____		Data 01.02.2012
	n° _____ registro lista d'attesa		Rev. 0
			Pagina 5 di 8

PARTE RISERVATA AL MEDICO DI BASE o AL MEDICO OSPEDALIERO/DI ALTRA STRUTTURA SANITARIA

MEDICAZIONI	
Non necessarie	
Per ulcerazioni e distrofie cutanee	
Per catetere a permanenza o stomia	
Per ulcere da decubito	
NECESSITA DI PRESTAZIONI SANITARIE	
Buona salute	
Necessita di prestazioni sanitarie (non continuative)	
Necessita di prestazioni esterne (terapia radiante, psichiatrica, consulenza specialistica)	
Necessita di prestazioni sanitarie continuative (terapie ev, cure mediche o infermieristiche quotidiane ecc)	
CONTROLLO SFINTERICO	
Presente	
Incontinenza urinaria o fecale episodica	
Incontinenza urinaria o fecale permanente	
Incontinenza totale	
DISTURBI COGNITIVI E/O COMPORTAMENTALI	
Assenti	
Disturbi cognitivi e/o comportamentali	
Disturbi cognitivi (non gestisce i propri compiti e necessità ma non presenta gravi e costanti BPSD)	
Frequente/costante comportamento disturbante e/o atteggiamento aggressivo e/o violento (agitato, irrequieto, pericoloso per sé e altri)	
FUNZIONI DEL LINGUAGGIO E DELLA COMUNICAZIONE	
Comprende e si esprime normalmente	
Linguaggio menomato ma esprime comunque il suo pensiero	
Comprende solo ordini semplici, non riesce ad esprimere concoerenza il suo pensiero	
Non comprende , non si esprime	
DEFICIT SENSORIALE	
normale	
Deficit correggibile colo con l'aiuto di protesi e/o occhiali	
Grave deficit non correggibile	
Cecità e/o sordità completa	
MOBILITA'	
Cammina autonomamente senza aiuto	
Cammina con ausili e con aiuto programmato o saltuario	
Si sposta solo con l'aiuto di altre persone e con sedia a ruote	
Totalmente dipendente per le alzate e le mobilizzazioni	
ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA	
Totalmente indipendente	
Aiuto programmato o saltuario	
Aiuto quotidiano necessario ma parziale	
Totalmente dipendente	

Timbro e firma del medico compilante

CASA DI RIPOSO GASPARINI	DOMANDA DI INGRESSO		
	Protocollo n° _____ del _____ n° _____ registro lista d'attesa		Data 01.02.2012 Rev. 0 Pagina 6 di 8

PARTE RISERVATA AL MEDICO DI BASE

_____ I _____ sottoscritt _____ dott. _____ TEL. _____

DICHIARA

- La propria disponibilità
 la non disponibilità

ad effettuare visite sia periodiche che in emergenza per il/la sign. _____

presso la struttura Casa di Riposo "G. Gasparini", Loc. Pieve Dugliara 68/a.

Timbro e firma del medico

CASA DI RIPOSO GASPARINI	DOMANDA DI INGRESSO		
	Protocollo n° _____ del _____		Data 01.02.2012
	n° _____	registro lista d'attesa	Pagina 7 di 8
			Rev. 0

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/03 e successive modifiche ed integrazioni, i sottoscritti dichiarano di aver compiutamente ricevuto notizie ed informazioni in materia di protezione dei dati personali, sulle modalità e finalità dell'utilizzazione dei dati sensibili prestando ai delegati ampio consenso al trattamento degli stessi.

Firma

Garanzia

Io sottoscritt _____
 nat a _____ il _____
 residente a _____
 Via _____

dichiaro

di garantire tutti gli obblighi verso l'Ente, CdR Gasparini assunti dal Sig. /ra
 _____ con la sottoscrizione della domanda in data
 _____ e mi impegno, a semplice richiesta della Direzione, a provvedere personalmente
 al pagamento di quanto dovuto.

Pieve Dugliara, _____ Firma _____

I sottoscritti dichiarano che la presente ammissione è richiesta nell'ambito della struttura "Casa di Riposo" in ragione di ciò, essendo l'ospite autosufficiente, esentano espressamente da qualsivoglia responsabilità gli amministratori ed il personale dipendente della Casa di Riposo Giuseppe Gasparini per eventuali sinistri e danni a terzi che dovessero verificarsi al di fuori della stessa casa di riposo.

Firma

CASA DI RIPOSO GASPARINI	DOMANDA DI INGRESSO		
	Protocollo n° _____ del _____		Data 01.02.2012
	n° _____ registro lista d'attesa		Pagina 8 di 8
			Rev. 0



Casa di Riposo G. Gasparini
 Loc. Pieve Dugliara, 68/a 29029 RIVERGARO (PC)
 tel. 0523-958232
 fax 0523-957760
 P.IVA 00939980330
 Email: info@cdrgasparini.it

Alla spett.le ASL
 Servizio Medicina Generale

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in via _____

Tessera sanitaria n° _____

Ospite della casa di Riposo "G. Gasparini" dal _____

CHIEDE

Di poter effettuare la scelta del medico di base a favore del dott. _____

Che già accede alla struttura di cui è ospite.

Data _____

FIRMA

ATTO DI DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____ e residente a _____
via _____

DELEGA

Il Sig _____
nato a _____ il _____
e residente a _____ via _____ n. _____
domiciliato a _____ via _____ n. _____

Ad effettuare per proprio conto:

La scelta del Medico di Medicina Generale/Pediatra di libera scelta tra i
seguenti:

Al rilascio del seguente documento:

Tessera Sanitaria o duplicato

_____ (specificare)

Data _____ Firma del delegante _____

N.B. La persona delegata deve presentare:

- proprio documento di riconoscimento
- originale o fotocopia del documento di riconoscimento del delegante
- tessera sanitaria (cartacea) del delegante

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

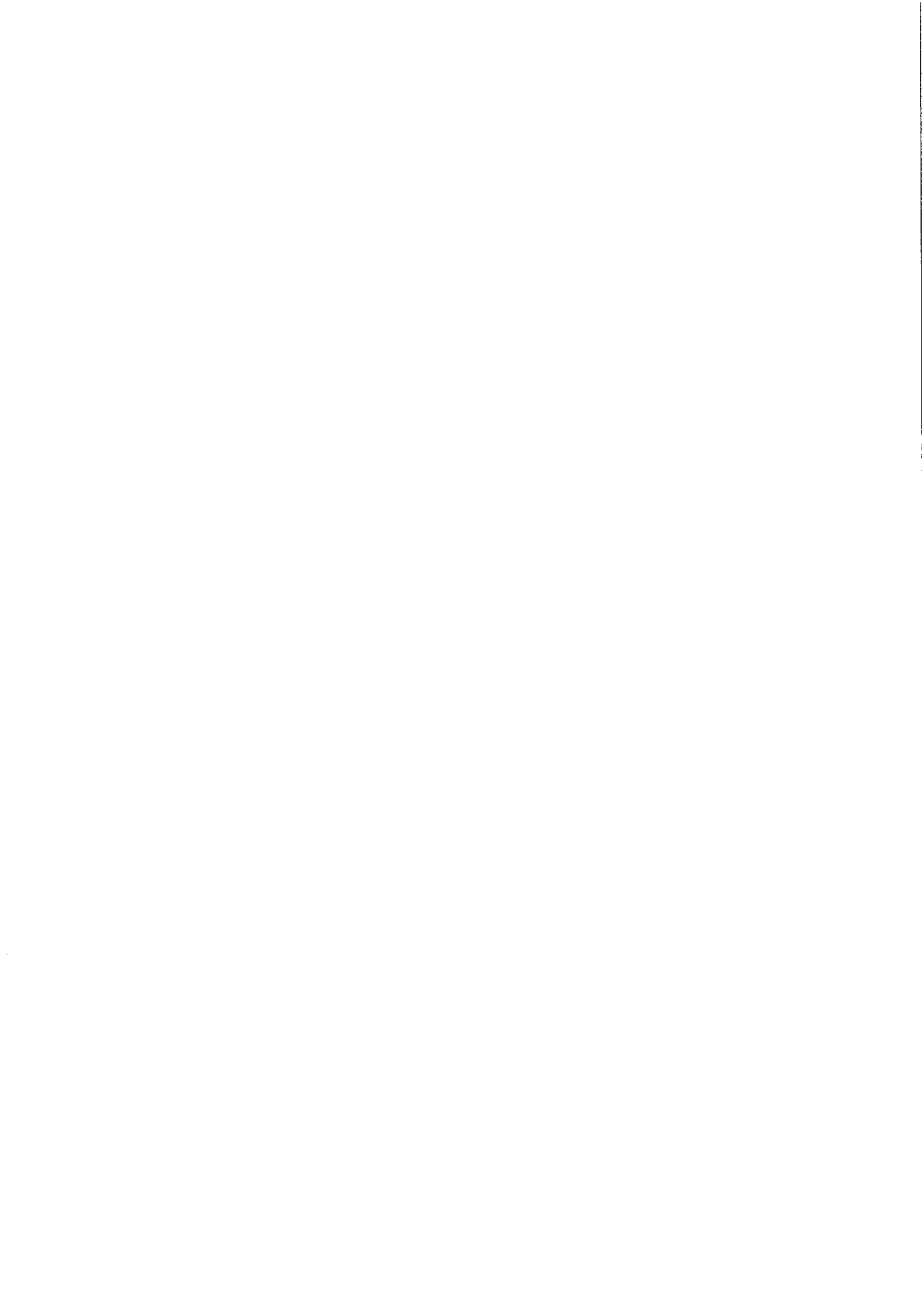
TIPO _____ e n. _____ documento del delegato

Rilasciato da _____

Data _____ L'Addetto _____

Informativa ai sensi dell'art. 11 lett b) e d) D.Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali": "I dati personali oggetto di trattamento sono: Raccolti e registrati per scopi determinati, espliciti e legittimi, ed utilizzati in altre operazioni del trattamento in termini compatibili con tali scopi; ... (sono) pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti o successivamente trattati..."

E' fatta salva, comunque, la possibilità per l'Amministrazione di procedere a idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, ferma restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, qualora dal controllo emerge la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade del beneficio eventualmente conseguente al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veridica.



- ⇒ 10 magliette intime o canottiere non in lana
- ⇒ 10 paia di mutande (nel caso in cui sia continente)
- ⇒ 6 pigiami o camicie da notte per stagione
- ⇒ 10 paio di calze larghe alla caviglia
- ⇒ 1 paio di pantofole antiscivolo
- ⇒ 1 paio di scarpe comode chiuse
- ⇒ 1 vestaglia
- ⇒ 6 cambi per ogni stagione
- ⇒ abiti comodi o tute da ginnastica da indossare durante il giorno
- ⇒ 3 golfini/ maglioni non in lana
- ⇒ 1 giacca per uscite
- ⇒ 1 valigia piccola per eventuale ricovero in ospedale

N.B.La biancheria personale dell'ospite va contrassegnata in modo visibile. Si sconsiglia l'utilizzo del pennarello indelebile in quanto, dopo alcuni lavaggi, potrebbe risultare illeggibile.

Nel caso il numero di indumenti portati fosse inferiore a quanto richiesto la struttura si riserva il diritto di far indossare capi di abbigliamento di sua proprietà.

Questo elenco è solamente indicativo, ogni Ospite può portare indumenti in numero maggiore, o di tipologia simile a quella usata abitualmente. Si chiede di non portare indumenti particolarmente delicati.

Si consiglia all'atto dell'ingresso di non lasciare all'ospite oggetti di particolare valore e denaro. In caso contrario la struttura declina ogni responsabilità.

Accessori consigliati

- ⇒ Sapone liquido con erogatore (per Ospiti autosufficienti)
- ⇒ Pastiglie per l'igiene dentale e portadentiera / spazzolino e dentifricio
- ⇒ Pasta per dentiera
- ⇒ Pettine o spazzola
- ⇒ Occorrente per manicure
- ⇒ Cotton fioc
- ⇒ Deodorante
- ⇒ Rasoio elettrico (per l'uomo)
- ⇒ creme
- ⇒ quant'altro usato abitualmente
- ⇒ chi lo desidera può portare piccoli oggetti personali

Tutti gli oggetti dovranno, se possibile, essere cintrassegnati

