

CASA DI RIPOSO GASPARINI	DOMANDA DI INGRESSO		Data 01.01.2022 Rev. 1	Pagina 1 di 9
	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 il Centro Diurno

_____ 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) _____

Assegno accompagnamento: si no Domanda in corso si no

CASA DI RIPOSO GASPARINI	DOMANDA DI INGRESSO		Data 01.01.2022 Rev. 1	Pagina 2 di 9
	Protocollo n° _____ del _____ n° _____ registro lista d'attesa			

Servizio richiesto: Giornata intera con trasporto

 Giornata intera senza trasporto

 Mattina con trasporto (uscita h 14:30)

 Mattina senza trasporto (uscita h 14:30)

 Pomeriggio senza trasporto (ingresso h 14:30)

Giornate previste di presenza: _____

Specificare i nominativi e i numeri telefonici a cui far riferimento in caso di necessità:

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
Documento identità valido (in fotocopia)
Codice fiscale
Certificato di invalidità
Documentazione sanitaria/lettera di dimissioni
Tessera sanitaria (In originale, al momento dell'ingresso)
Documento di iscrizione al servizio sanitario nazionale
Indicazione medico curante (Mod. Amm 008)
Esenzione ticket

Pieve Dugliara, _____

In Fede

CASA DI RIPOSO GASPARINI	DOMANDA DI INGRESSO		
	Protocollo n° _____ del _____ n° _____ registro lista d'attesa		Data 01.01.2022 Rev. 1
			Pagina 3 di 9

Al momento dell'ingresso deve essere versata la cauzione infruttifera, a garanzia di futuri pagamenti di rette e di quanti'altro posto a suo carico, pari ad 1 mensilità del servizio richiesto. 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.

Appoggio bancario: _____

Codice IBAN _____

Pieve Dugliara, _____

In Fede

CASA DI RIPOSO GASPARINI	DOMANDA DI INGRESSO		Data 01.01.2022 Rev. 1	Pagina 4 di 9
	Protocollo n° _____ del _____ n° _____ registro lista d'attesa			

PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE

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 lievi	
Disturbi cognitivi moderati-gravi e/o disturbi comportamentali (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)	
Presenta costanti BPSD quali alterazione ritmo sonno veglia con wandering	
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 con coerenza 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 di operatore o di ausili	
Cammina autonomamente con aiuto di ausili	
Cammina con ausili e con aiuto di operatore	
Si sposta solo con l'aiuto di altre persone e/o 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 curante

CASA DI RIPOSO GASPARINI	DOMANDA DI INGRESSO		
	Protocollo n° _____ del _____		Data 01.01.2022
	n° _____ registro lista d'attesa		Pagina 5 di 9
			Rev. 1

PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE

Anamnesi remota:
Diagnosi attuale

SI PREGA GENTILMENTE DI COMPILARE ANCHE:

- LA **SCHEDA DI TERAPIA** ALLEGATA A **FINE DOMANDA**
- LA PAGINA SEGUENTE A QUESTA

Timbro e firma del medico curante

CASA DI RIPOSO GASPARINI	DOMANDA DI INGRESSO		Data 01.01.2022 Rev. 1	Pagina 6 di 9
	Protocollo n° _____ del _____ n° _____ registro lista d'attesa			

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

INFORMATIVA OSPITI E REFERENTI

Gentile utente/paziente,

la **Casa di Riposo G. Gasparini**, in qualità di Titolare del trattamento, con la presente Le fornisce, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 - le seguenti informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali (o del soggetto del quale Lei esercita la rappresentanza legale), compresi quelli idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, effettuato in occasione dell'erogazione, da parte dei distinti reparti e in tempi diversi, delle prestazioni sanitarie richiesteci.

Identità del Titolare del trattamento e del Responsabile della protezione dei dati

Titolare del trattamento è la **Casa di Riposo G. Gasparini** con sede legale ed operativa in Loc. Pieve Dugliara, n.68/A - Rivergaro (PC).

Responsabile della Protezione Dati, designato ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 679/16, è l'Ing. Alessandra Romani, contattabile all'indirizzo mail alessandra.romani@asiaservizi.it.

Finalità del trattamento

I Suoi dati personali saranno trattati, nel rispetto dei principi di indispensabilità, pertinenza e non eccedenza, esclusivamente per le seguenti finalità:

1. Erogazione di prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione, sia in regime ambulatoriale che di ricovero, nonché espletamento di tutte le attività amministrative e gestionali strettamente correlate alle stesse;
2. Gestione amministrativa delle prestazioni sanitarie erogate;
3. Casi di emergenza sanitaria o rientrare tra gli altri casi quali l'impossibilità fisica, l'incapacità di agire o l'incapacità di intendere e volere dell'interessato, quando non è possibile acquisire il consenso da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal Responsabile della Struttura presso cui Lei dimora. In questi casi, come nell'ipotesi di rischio grave, imminente ed irreparabile per la Sua salute o incolumità fisica, di prestazione medica che può essere pregiudicata dall'acquisizione preventiva del consenso, in termini di tempestività o efficacia, il "codice" consente il trattamento dei dati personali con somministrazione dell'informativa ed acquisizione del consenso anche successivamente alla prestazione, senza ritardo;
4. Utilizzo da parte Sua di tutti i servizi complementari richiesti, che fanno parte del contratto e dell'incarico che ci viene affidato in relazione della sua presenza quale ospite della Casa di Riposo;
5. Adempimento di ogni obbligo previsti da leggi, regolamenti e normative sia in ambito fiscale, sanitario, ecc. in relazione alla Sua presenza quale ospite della Casa di Riposo;
6. Disamina della domanda di ammissione al fine di utilizzare da parte Sua in tutto od in parte i servizi della Casa di Riposo.

Base giuridica del Trattamento

Il trattamento per le finalità di cui al punto 1 si fonda sul suo consenso. Il trattamento per le finalità di cui ai punti 2, 3, 4, 5, 6 sono fondati sugli obblighi legali cui è soggetto il Titolare o sulla necessità di perseguire interessi pubblici nel settore della sanità pubblica.

Modalità del trattamento

I Suoi dati personali verranno trattati sia su supporto cartaceo che con l'utilizzo di strumenti informatici, previa adozione di tutte le necessarie e idonee misure di sicurezza, di tipo organizzativo, logico e fisico, finalizzate a garantirne la massima riservatezza e sicurezza.

Tempi di conservazione

I dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate saranno conservati per il tempo previsto dalla normativa vigente in materia sanitaria, ed in ogni caso per il tempo necessario a garantire, coerentemente con i termini di prescrizione ordinaria previsti dalla legge, il diritto del Titolare di agire o resistere in giudizio, ed il dovere del titolare di assolvere ad obblighi imposti da norme di legge.

Natura del conferimento

Il conferimento dei Suoi dati personali è indispensabile per poter fornire le prestazioni sanitarie richieste. Pertanto, il mancato consenso al loro trattamento per le finalità di cui ai precedenti punti 1 e 3 comporta, con l'eccezione delle situazioni di emergenza, la nostra impossibilità di erogarle.

Ambito di comunicazione e diffusione

Ai Suoi dati personali potranno accedere tutti coloro che a vario titolo prestano servizio presso la CASA DI RIPOSO G. GASPARINI, nella loro qualità di responsabile e/o incaricato del trattamento, nei limiti dei rispettivi ambiti del trattamento e dei relativi profili di autorizzazione.

I Suoi dati personali potranno, inoltre, essere comunicati a soggetti terzi, sia pubblici che privati, esclusivamente quando ciò sia previsto da una specifica norma di legge o regolamento.

I Suoi dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, non saranno mai oggetto di diffusione.

Trattamento dei dati personali effettuato mediante il dossier sanitario

Al fine di migliorare il Suo processo di cura, la CASA DI RIPOSO G. GASPARINI intende costituire - attraverso la condivisione informatica dei dati e dei documenti clinici relativi alle prestazioni diagnostiche, ambulatoriali e di ricovero, che Le abbiamo fornito nel corso del tempo - il Suo dossier sanitario in grado di documentare parte della Sua storia clinica.

L'utilità della costituzione del Suo dossier sanitario consiste nel rendere disponibile ai professionisti sanitari che operano nei diversi reparti della Struttura, un quadro il più possibile completo delle informazioni sanitarie che La riguardano, la cui conoscenza può contribuire a migliorare i processi di diagnosi, cura e riabilitazione.

Al fine di consentirLe di poter esprimere uno specifico, autonomo e libero consenso alla costituzione e all'utilizzo del Suo dossier sanitario, Le forniamo le seguenti ulteriori informazioni:

- il consenso alla costituzione del proprio dossier sanitario è facoltativo e, una volta manifestato, può essere revocato in qualsiasi momento. Il mancato consenso, o la sua successiva revoca, non avranno conseguenze negative sulla possibilità da parte Sua di poter usufruire delle prestazioni sanitarie che ci ha richiesto.
- in caso di mancato consenso alla costituzione del dossier sanitario, o della sua successiva revoca, i Suoi dati personali rimarranno disponibili solamente ai professionisti sanitari del reparto che li ha prodotti e per eventuali conservazioni per obbligo di legge, ma non saranno visibili da parte dei professionisti degli altri reparti;
- il Suo dossier sanitario potrà essere consultato, a seguito del Suo consenso, dai professionisti sanitari che operano all'interno dei diversi reparti della Struttura, nel momento in cui La prenderanno in cura e solo per il periodo di tempo legato alla durata della stessa;
- il Suo dossier sanitario potrà essere consultato, anche senza il Suo consenso, ma nel rispetto dell'autorizzazione generale del Garante privacy, qualora ciò sia ritenuto indispensabile per la salvaguardia della salute di un terzo o della collettività;
- fermo restando l'indubbia utilità per i professionisti sanitari che l'avranno in cura di poter consultare il Suo dossier sanitario il più possibile completo, Lei ha comunque il diritto di far oscurare in esso alcune informazioni sanitarie relative a singoli eventi clinici, senza che tale Sua libera scelta abbia conseguenze negative sulla possibilità di poter usufruire delle prestazioni sanitarie richieste. L'eventuale oscuramento dell'evento clinico, revocabile nel tempo, avverrà con modalità tali da non consentire ai professionisti sanitari che l'avranno in cura, di venire a conoscenza di tale Sua scelta;
- l'inserimento nel Suo dossier sanitario anche dei dati e dei documenti relativi ad eventi clinici avvenuti prima della costituzione dello stesso, avverrà solo sulla base di un Suo specifico ed ulteriore consenso.
- i dati e i documenti riguardanti prestazioni sanitarie rese a soggetti per i quali la legge dispone una maggiore tutela dell'anonimato - quali quelle rese a persone HIV sieropositive o che fanno uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool; a donne che si sottopongono ad interruzione volontaria della gravidanza o che scelgono di partorire in anonimato ovvero a quelle rese in occasione di atti di violenza sessuale o di pedofilia o da parte dei consultori familiari - non saranno accessibili mediante il dossier sanitario.

Diritti dell'utente/paziente

Nella Sua qualità di interessato, Lei può in ogni momento esercitare i diritti previsti dal Regolamento, quali ad esempio accedere ai Suoi dati personali, richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco nei casi di trattamento in violazione di legge, nonché opporsi in tutto o in parte al loro trattamento per motivi legittimi, chiederne la portabilità.

Con riferimento al trattamento dei Suoi dati personali effettuato mediante il dossier sanitario Lei può, inoltre, ottenere l'indicazione dei criteri utilizzati nell'elaborazione elettronica dei dati, nonché chiedere di conoscere quali siano stati gli accessi al Suo dossier sanitario.

Per esercitare i su menzionati diritti, ivi compresi quelli relativi al dossier sanitario, potrà proporre istanza al Titolare del trattamento al seguente indirizzo mail: info@cdrgasparini.it oppure al Responsabile Protezione Dati al seguente indirizzo mail: alessandra.romani@asiaservizi.it.

Reclamo

Al fine di tutelare i diritti di cui al punto precedente, potrà proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.

Trasferimento dei dati

Il Titolare del trattamento non trasferisce i dati personali in paesi terzi o a organizzazioni internazionali. Tuttavia, si riserva la possibilità di utilizzare servizi in cloud; nel qual caso, i fornitori dei servizi saranno selezionati tra coloro che forniscono garanzie adeguate, così come previsto dall'art. 46 GDPR 679/16.

Processi decisionali automatizzati

Il Titolare non effettua trattamenti che consistano in processi decisionali automatizzati sui dati dei clienti persone fisiche, o delle persone fisiche che operano in nome e per conto dei clienti persone giuridiche.

Autorizzazione al trattamento dei dati

Il/La sottoscritto/a _____, Garante/Referente/Amministratore di sostegno dell'Ospite _____. In relazione all'informativa che avete fornito, esprime il consenso previsto dal D. Lgs. 196/2003 e dal Reg. UE 679/2016 in relazione al trattamento dei dati personali da parte della Vostra società per le finalità connesse o strumentali al rapporto contrattuale, nonché il consenso alla comunicazione e alla diffusione dei dati ai soggetti elencati nell'informativa.

si presta inoltre il proprio consenso

— per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa

Sì

No

— per la comunicazione dei dati indicati nell'informativa a soggetti che svolgono attività funzionalmente collegate

Sì

No

– per la diffusione dei dati nell'ambito indicato nell'informativa

Sì

No

– per la realizzazione di fotografie, video o altri materiali audiovisivi contenenti la mia immagine, il nome e/o la voce, all'interno delle attività di animazione avvenute durante la permanenza presso la Casa di Riposo G. Gasparini, e la successiva pubblicazione dei suddetti materiali sul sito internet dell'Istituto all'indirizzo www.casadiriposogasparini.it sulle pagine Social.

Sì

No

Si esprime altresì il proprio impegno a comunicare tempestivamente le eventuali rettifiche, variazioni e/o integrazioni dei dati in Vostro possesso.

I sottoscritti confermano di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra autorizzato.

L'Ospite:

NOME E COGNOME _____ Firma _____

Il Garante e/o Persona di riferimento:

NOME E COGNOME _____ Firma _____

CASA DI RIPOSO "GASPARINI"
FOGLIO UNICO TERAPIA

FIRMA	TERAPIA IM, SC EV	INIZIO	ORARIO SOMMINISTRAZIONE							FINE	FIRMA	
			8	12	14	16	18	20	22			24
			INDICAZIONI								FINE / FIRMA	

FIRMA I.P. _____ FIRMA MEDICO CURANTE _____

RINNOVATO IN DATA: 27/01/2022 FIRMA MEDICO COORD SANITARIO _____

PERSONE DI RIFERIMENTO:

FIRMA MEDICO PER RINNOVO	DATA

