

DOMANDA DI INSERIMENTO

Dati Anagrafici Ospite

Sig./Signora _____

nato/a a _____ prov _____ Il _____

Residenza: Città _____ Cap _____ Via _____

Codice fiscale _____ Stato civile _____

Grado di Istruzione :

- Analfabeta • Alfabeto senza titolo • Licenza Elementare • Media inferiore • Diploma • Laurea

Professione svolta :

Tipo di pensione :

- Pensione da lavoro • Minima / Sociale • Reversibilità • Indennità di guerra • Indennità di invalidità
- Nessuna

Dati sanitari Ospite

Codice assistito (N. Tessera Sanitaria) _____

Codice Tessera Esenzione/Invalidità (es. IC14.15 - 031 - 048 etc..) _____

Esenzione per reddito (inferiore a € 36.000,00 annui) SI • NO •

'Ospite ha ottenuto il riconoscimento per:

- Invalidità • Accompagnamento • Domanda presentata in attesa di visita • Visita Effettuata

Dati sociali Ospite:

Attualmente la persona è:

c/o il proprio domicilio: • sola • con coniuge • con familiari • con assistente privata

c/o il familiare _____

c/o Istituto di Riabilitazione / altra RSA _____

c/o Azienda Ospedaliera _____

c/o presidio psichiatrico _____

N° figli maschi _____

N° figli femmine _____

Dati del Delegato / Garante

Sig./Signora _____ Grado di parentela _____
nato/a a _____ prov _____ il _____
Residenza: _____ Cap _____ Via _____
Codice fiscale _____
Tel. _____ Cell. _____

Altri parenti di riferimento

Sig./Signora _____ Grado di parentela _____
Residenza: _____ Cap _____ Via _____
Tel. _____ Cell. _____

Sig./Signora _____ Grado di parentela _____
Residenza: _____ Cap _____ Via _____
Tel. _____ Cell. _____

Sig./Signora _____ Grado di parentela _____
Residenza: _____ Cap _____ Via _____
Tel. _____ Cell. _____

Dati intestatario fattura (se diverso dall'Ospite)

Sig./Signora _____ Grado di parentela _____
nato/a a _____ prov _____ il _____
Residenza: _____ Cap _____ Via _____
Codice fiscale _____
Tel. _____ Cell. _____

Data _____

Firma del Richiedente _____

DOTAZIONE RICHIESTA PER OGNI OSPITE

Si fa presente che, al momento dell'ingresso, l'ospite dovrà disporre come dotazione personale del seguente materiale:

- biancheria personale (intimo, calze, etc.)
- tute
- fazzoletti
- pantofole
- pettine e spazzola
- crema idratante per il corpo, bagnoschiuma, colonia, borotalco (se differenti da quelli forniti dalla RSA)
- rasoi (se differenti da quelli forniti dalla RSA)
- spazzolino, porta protesi e disinfettante per protesi (se differenti da quelli forniti dalla RSA)

Si raccomanda, inoltre, di rinnovare periodicamente quanto venisse a mancare del materiale sopraindicato.

LA DIREZIONE



Milano, _____

Egregio Signore, Gentile Signora

Oggetto: Legge 196/03.

In ottemperanza alle disposizioni di cui alla Legge 196/03, si comunica che questo Istituto per l'ospitalità e l'assistenza del Sig./Sig.ra _____abbisogna di conoscere i dati personali (nome, cognome, codice fiscale, data e luogo di nascita, residenza, ecc...), i dati riguardanti la salute ed i dati riguardanti i familiari o persone a cui fare riferimento per la tutela della persona.

In particolare, ai sensi delle disposizioni di cui alla legge 196/03, si comunica che i dati saranno oggetto di trattamento da parte di questa istituzione, nel rispetto della normativa della legge 196/03, secondo le seguenti modalità:

a) finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati:

-il trattamento riguarda qualunque operazione e complesso di operazioni, svolti con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distribuzione dei dati.

-il trattamento dei dati avverrà con procedure atte a garantire la sicurezza.

-i dati verranno trattati per le finalità istituzionali inerenti all'attività di questo Ente come segue:

1. i dati personali saranno utilizzati per le registrazioni interne, per l'emissione delle fatture di addebito retta, per le comunicazioni alla Regione Lombardia, per il servizio di animazione, per la gestione e l'erogazione delle prestazioni assistenziali al ricoverato/a nonché per la tutela sanitaria del medesimo/a
2. i dati riguardanti lo stato di salute saranno utilizzati per l'attuazione di misure sanitarie per la tutela della salute (ricoveri ospedalieri compresi), per la cura del ricoverato e per la gestione sanitaria del medesimo/a.

b) la natura del conferimento di tali dati è obbligatoria.

c) conseguenze dell'eventuale rifiuto a rispondere e conferire i dati:

impossibilità oggettiva di effettuare la gestione dell'Ospite e degli adempimenti riguardanti la tutela sanitaria, quali la cura, l'esame delle problematiche di salute, la richiesta di ausili sanitari, gli interventi all'interno dell'Ente o in caso di ricovero ospedaliero, e le procedure amministrative, quali l'emissione della retta di ricovero, le comunicazioni all'interessato o ai familiari, ecc..

d) i dati potranno essere utilizzati e comunicati, per i fini istituzionali, all'interno dell'istituzione tra le persone mandate al trattamento ed all'esterno al Tesoriere dell'Ente che provvede alla riscossione delle rette di ricovero, agli organismi competenti in materia alla tutela della salute, al personale sanitario, all'A.S.L. e ad altri enti pubblici in base a specifici adempimenti normativi.

e) L'interessato/a ha diritto di conoscere, cancellare, rettificare, aggiornare, integrare, opporsi al trattamento dei dati, nonché all'applicazione degli altri diritti riconosciuti dalla legge 196/03. Per l'esercizio dei propri diritti potrà rivolgersi all'Ufficio Contabilità Ospiti.

f) Il titolare e rappresentante legale, Presidente pro-tempore, di questa istituzione è domiciliato per i fini di che trattasi, presso la sede dell'Ente

La legge 196/03 prevede inoltre che l'interessato dia il proprio assenso scritto per il trattamento dei dati riguardanti l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose e lo stato di salute.

Si prega pertanto di restituire l'allegato modulo, entro e non oltre giorni tre, debitamente sottoscritto per l'autorizzazione al trattamento dei dati.

Distinti saluti.

LA DIREZIONE

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and strokes, positioned over the printed text 'LA DIREZIONE'.

AUTORIZZAZIONE LEGGE 196/03 RICHIEDENTE

Milano, _____

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di richiedente l'ospitalità del/della Sig./Sig.ra _____ fa presente che le condizioni psicofisiche del medesimo/a sono tali da non consentire l'informazione diretta per cui si dichiara di aver ricevuto per iscritto per conto del/della medesimo/a da parte della Direzione con nota in data . le informazioni di cui alla legge 196/03 inerente il trattamento dei dati personali della persona da ricoverare.

In particolare dichiara di aver liberamente preso atto che i dati saranno utilizzati per la gestione del ricovero presso la Residenza per Anziani Sant'Ambrogio ubicata in Milano e che gli è riconosciuto il diritto di conoscere, cancellare, rettificare, aggiornare, integrare ed opporsi al trattamento dei dati stessi nonché gli altri diritti identificati nella legge 196/03.

Per far valere i propri diritti e quelli dell'interessato/a, potrà rivolgersi alla Direzione dell'Ente.

Per effetto di quanto sopra esposto, autorizza pertanto il titolare, il responsabile e gli incaricati dell'Istituto al trattamento dei dati personali del/della Sig./Sig.ra _____ ed alla comunicazione dei medesimi, ai fini istituzionali, ad altri enti pubblici, medici, organismi sanitari, con particolare ed espresso riferimento a quelli riguardanti lo stato di salute, necessari per la gestione del ricovero e la tutela sanitaria.

In fede

.....

RELAZIONE SANITARIA DA COMPILARSI DA PARTE DEL MEDICO CURANTE SULLE CONDIZIONI DI SALUTE PER IL RICOVERO IN STRUTTURE PROTETTE/RESIDENZA SOCIO ASSISTENZIALI

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

NOTIZIE CLINICO/ANAMNESTICHE

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

RICOVERI PRECEDENTI (Specificare se presso Ospedali, Reparti psichiatrici, altro)

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

STATO DI SALUTE

PESO KG. _____

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

DIETE PARTICOLARI

.....
.....

TERAPIA IN CORSO

- | | |
|----------|----------|
| 1) | 4) |
| 2) | 5) |
| 3) | 6) |

7)

8)

MOBILITA'

- cammina da solo
- cammina con protesi
- cammina con aiuto
- usa carrozzella
- allettato
- altre protesi _____

VISTA

- normale
- ipovisus
- cecità
- occhiali

VESTIRSI

- si veste da solo
- si veste con aiuto
- dipendenza totale

UDITO

- normale
- ipoacusia
- sordità
- protesi acustica

DISTURBI DEL LIGUAGGIO

- si no

ALIMENTAZIONE

- mangia da solo
- mangia con aiuto
- dipendenza totale
- nutrizione per sonde NG
- nutrizione parenterale

PIAGHE DA DECUBITO

- si no

RIABILITAZIONE ESEGUITA

- si no

con risultato positivo

- si no

necessita riabilitazione

- si no

IGIENE PERSONALE

- si lava da solo
- si lava con aiuto
- dipendenza totale

ALLERGIE A FARMACI

- si no

se si quali _____

ALLERGIE AD ALTRO

- si no

SERVIZI IGIENICI

- utilizza da solo
- necessita di aiuto
- incontinenza sfinterica
- catetere a permanza

se si a che cosa _____

ETILISMO

- si no

PSICHE INTEGRA

- si no

FASI DI CONFUSIONE

- si no

**CONDIZIONI NUTRIZIONALI
METABOLICHE**

Patologia _____

- soddisfacenti
- equil. farmacologico
- scompenstate
- carente nutrizione

**CONDIZIONI CARDIO-
RESPIRATORIE**

Patologia _____

- buone
- equil. farmacologico
- compromesse
- molto compromesse
- ossigenoterapia
- bronco-aspirazione

DISPNEA

- assente
- da sforzo
- a riposo

FASI DI DISORIENTAMENTO si no

AGITAZIONE PSICOMOTORIA si no

COLLABORANTE si no

INDIFFERENTE si no

DEPRESSIONE si no

ANSIA si no

FARMACODIPENDENZA si no

TENTATI SUICIDI RECENTI si no

TENTATI SUICIDI PREGR. si no

NECESSITA DIALISI si no

CURE C/O SERVIZI PSICH. si no

RISCHIO DI FUGHE si no

INV. RITMO SONNO/VEGLIA si no

WANDERING si no

PACE-MAKER si no

UTILIZZA MEZZI DI CONTENZIONE PER SICUREZZA si no

sponde al letto

cinture/pettorina

FRATTURE remota recente

tipo di frattura _____

trattamento _____

eseguito il _____

rimozione gesso _____

concessione al carico _____

La paziente è esente da malattie contagiose e/o mentali tali da controindicare la vita in comunità.

DATA _____

TIMBRO E FIRMA _____