

Modulo per la richiesta di soggiorno

Richiesta soggiorno

Soggiorno dal		Soggiorno fino al	
		Lasciare vuoto se indeterminato	
Tipo soggiorno*	☐ Casa anziani ☐ Soggiorno temporaneo ☐ Soggiorno temporaneo terapeutico		
	Soggiorno a tempo indeterminato Soggiorno di massimo 90 giorni Soggiorno di massimo 28 giorni, la richiesta deve essere compilata dal proprio medico curante		
Urgenza	☐ Urgente ☐ Poco urgente ☐ Vorrei essere inserito nella lista d'attesa per un'ammissione indicativa al		
Provenienza		Destinazione	
Luogo di soggiorno prima dell'entrata		dopo il soggiorno temporaneo o temporaneo terapeutico	

Dati personali dell'ospite

Cognome		Data di nascita	
Nome		N° AVS (756....)	
Indirizzo		Stato civile	
CAP e luogo		N° telefono	
Domicilio		N° cellulare	
Nazionalità		E-mail	
Tipo di permesso		Lingua	
Vive da solo?	☐ Sì ☐ No, vivo con ☐ Coniuge/convivente ☐ Figli ☐ Specificare		
Percepisce	☐ Assegni Grandi Invalidi ☐ Prestazioni complementari ☐ Altre prestazioni sociali		
Cassa malati		N° assicurato	
N° tessera (8075...)		Scadenza tessera	

Copie documenti da allegare:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Carta d'identità fronte-retro | ☐ Tessera cassa malati fronte-retro | ☐ Permesso di soggiorno |
| ☐ Mandato di curatela | | |
| Se non riportati nell'ultima pagina: | | |
| ☐ Ultima documentazione medica | ☐ Ultima documentazione infermieristica | ☐ Ultime analisi di laboratorio |

Persone di riferimento

Medico curante

Cognome

Nome

Indirizzo

CAP e luogo

N° telefono

E-mail

Curatore

☐ Inviare fatture a questo contatto

Cognome

Nome

Indirizzo

CAP e luogo

N° telefono

E-mail

1° contatto

☐ Inviare fatture a questo contatto

Relazione

Cognome

Nome

Indirizzo

CAP e luogo

N° telefono/cellulare

E-mail

2° contatto

☐ Inviare fatture a questo contatto

Relazione

Cognome

Nome

Indirizzo

CAP e luogo

N° telefono/cellulare

E-mail

Concessione procura per i rapporti con gli organi dell'AVS e dell'AI

Il(la) sottoscritto(a) concede la procura alla Fondazione Opera Caritas che autorizza a richiedere, agli organi dell'AVS e dell'AI, ogni informazione necessaria per il calcolo della retta (compresa quindi l'informazione se l'ospite è al beneficio dell'AGI). Il(la) sottoscritto(a) concede pure la procura alla Fondazione Opera Caritas che la autorizza a presentare richiesta, qualora ritenesse adempiute le relative condizioni, per l'ottenimento dell'AGI

Iscrizione in lista d'attesa

Compilando il modulo è possibile trasmettere la domanda di richiesta d'ammissione per soggiorno in casa per anziani. Quest'ultima non è vincolante per l'Istituto, ma attraverso di essa si potrà prendere conoscenza di alcuni elementi essenziali e verificarne l'urgenza.

Una volta decisa la data d'ammissione, il(la) richiedente dovrà presentare al più tardi al momento dell'entrata in Istituto la documentazione richiesta.

Luogo e data

Firma

Cognome e nome leggibile, di chi ha diritto di firma

Diagnosi e terapie

Grado di dipendenza ☐ Autosufficiente ☐ Parzialmente dipendente ☐ Dipendente

Motivi e obiettivi del ricovero ☐ Continuazione delle cure sotto sorveglianza medica dopo intervento chirurgico
☐ Continuazione delle cure sotto sorveglianza medica dopo malattia acuta
☐ Riattivazione sotto sorveglianza medica dopo trauma
☐ Valutazione e terapia di una malattia sotto sorveglianza medica
☐ Altro, specificare _____

Mobilità ☐ Deambulazione assistita ☐ Deambulazione libera ☐ Allettato
☐ Mezzi ausiliari, specificare _____

Al presente modulo è da allegare l'ultimo rapporto medico e infermieristico e le ultime analisi di laboratorio oppure
 sono da indicare tutte le informazioni di seguito.

Senza tali informazioni non è possibile una valutazione accurata della disponibilità.

Diagnosi somatica e psichica

Terapia (specificare terapia orale, s/c, i/v, i/m, ossigeno, inalazioni, cerotti transdermici)

Medicazioni

Luogo e data

Firma medico curante

Timbro medico curante