

Casa Albergo per anziani autosufficienti
RESIDENZA Santa Croce
Via T. Grossi, 48 - 22100 COMO
santacroce@aclicomo.it
tel. 031.309973

DOMANDA DI AMMISSIONE

Cognome _____ **Nome** _____

Nato/a _____ **il** _____ **Età** _____

Comune di residenza _____ **CAP** _____

Via _____ **N.** _____

Telefono _____ **Tessera sanitaria n.** _____

Carta d'identità n. _____ **rilasciata il** _____

Comune di _____

Codice Fiscale _____

=====

Spazio riservato

Protocollo n° _____

Data presentazione _____

Note _____

Valutato l'ospite in data

_____ **si dichiara**

autosufficiente.

Timbro e firma

del medico della

Casa Albergo

Condizioni familiari e sociali

Stato civile

- Celibe/Nubile
- Coniugato/a
- Vedovo/a
- Separato/a
- Divorziato/a
- Convivente

Titolo di studio

- Nessuno
- Elementare
- Media Inferiore
- Media Superiore
- Laurea

Professione prevalente prima del pensionamento _____

Situazione familiare

- Vive solo/a
- Vive con parenti
- Vive in comunità

Nome della struttura _____

Comune _____ da quanto _____

Figli/Parenti prossimi

Nome e cognome _____ Età _____

Grado di parentela _____ Recapito tel. _____

Residenza _____

Nome e cognome _____ Età _____

Grado di parentela _____ Recapito tel. _____

Residenza _____

Nome e cognome _____ Età _____

Grado di parentela _____ Recapito tel. _____

Residenza _____

Referente

E' la persona a cui la struttura farà riferimento per ogni eventuale comunicazione e che firma la lettera di impegnativa al pagamento della retta.

Nome e cognome _____ Età _____

Nato a _____ il _____

Grado di parentela _____ Recapito tel. _____

Residenza _____

In caso di ammissione l'ospite si impegna a:

- presentarsi alla Casa Albergo con un adeguato corredo personale
- versare per l'intero periodo di permanenza la retta fissata alla Direzione entro il giorno 5 di ogni mese;
- sottoporsi a una visita medica di controllo da parte del medico responsabile della struttura, il cui esito sarà insindacabile;
- osservare e rispettare il regolamento in vigore;
- informare la Direzione di tutte le uscite all'esterno che determinano un'assenza prolungata.

Firma del referente _____

Data _____

Firma dell'ospite _____

Casa Albergo per anziani autosufficienti
RESIDENZA Santa Croce
Via T. Grossi, 48 - 22100 COMO
santacroce@aclicomo.it
tel. 031.309973

RELAZIONE MEDICA

(da presentare unitamente alla domanda di ammissione)

Si dichiara che il signor/la signora

Nome _____ cognome _____

Nato a _____ prov. _____ il _____

Residente a _____

Attualmente in ospedale – motivo del ricovero _____

altro istituto

domicilio

valutate le sue condizioni psicofisiche è considerato autosufficiente e quindi idoneo per essere accolto in una struttura Casa Albergo per autosufficienti.

Timbro e firma del Medico curante

Data _____

DIAGNOSI

TERAPIE IN ATTO

ALLERGIE O INTOLLERANZA A FARMACI O ALTRO

Timbro e firma del Medico curante

Data _____

Urinaria	<input type="checkbox"/>	continente		
	<input type="checkbox"/>	incontinente		
	<input type="checkbox"/>	catetere vescicale		
Fecale	<input type="checkbox"/>	continente		
	<input type="checkbox"/>	incontinenza saltuaria		
	<input type="checkbox"/>	incontinente		
Decubiti	<input type="checkbox"/>	assenti		
	<input type="checkbox"/>	sacrali	<input type="checkbox"/>	altra sede _____

FUNZIONI COGNITIVE

Capacità comunicative	<input type="checkbox"/>	integre
	<input type="checkbox"/>	ridotte
	<input type="checkbox"/>	assenti
Orientamento e memoria	<input type="checkbox"/>	integre
	<input type="checkbox"/>	lievemente alterate
	<input type="checkbox"/>	alterate
Stato psico emotivo	<input type="checkbox"/>	integro
	<input type="checkbox"/>	ansia e depressione
	<input type="checkbox"/>	apatia
Comportamento	<input type="checkbox"/>	normale
	<input type="checkbox"/>	agitazione
	<input type="checkbox"/>	aggressività

SENSORIO

Vista	<input type="checkbox"/>	adeguata
	<input type="checkbox"/>	riduzione del visus
	<input type="checkbox"/>	cecità
Udito	<input type="checkbox"/>	adeguato
	<input type="checkbox"/>	ipoacusia
	<input type="checkbox"/>	sordità
Eloquio	<input type="checkbox"/>	normale
	<input type="checkbox"/>	disartria
	<input type="checkbox"/>	mutismo

L'anziano ha presentato o presenta disturbi psicologici? SI NO

E' stato ricoverato presso cliniche psichiatriche? SI NO

Se sì, dove? _____

Firma del familiare _____

Data _____

Firma dell'ospite _____

Si allegano eventuali referti ed esami clinici recenti.

Casa Albergo per anziani autosufficienti
RESIDENZA Santa Croce
Via T. Grossi, 48 - 22100 COMO
santacroce@aclicomo.it
tel. 031.309973

Alla Direzione

Il sottoscritto

nome _____ cognome _____

relazione di parentela _____ tel. _____

indirizzo _____

si impegna:

1. a provvedere al pagamento della quota per il soggiorno dell'anziano/a signor/a _____ a far data _____ con **versamento mensile anticipato**, salvo conguaglio a seguito di modifiche;
2. a provvedere al pagamento di eventuali spese aggiuntive non contemplate nella quota giornaliera e anticipate per conto dell'ospite;
3. a collocare l'anziano/a in altre strutture più idonee a seguito di sopraggiunte circostanze che facciano venire meno in tutto o in parte i requisiti richiesti per l'ammissione;
4. a provvedere direttamente all'assistenza dell'ospite durante gli eventuali ricoveri ospedalieri e per ogni causa riconosciuta dal medico della Casa Albergo.

Firma del referente _____