

OGGETTO: Domanda di ammissione del/la Signor/a _____

Spett.le
APSP Ubaldo Campagnola
Via Campagnola n. 5
38063 - AVIO (TN)
info@apspavio.it

___l___ sottoscritt _____

oppure

Il/La sottoscritto/a _____

(grado di parentela) _____

del ___ Sig./ra _____

nato a _____ il _____

codice fiscale _____ residente a _____ (___)

Via _____ n. telefono _____

con la presente chiede la sua ammissione presso la Residenza Sanitaria Assistenziale, come

posto pagante non convenzionato DAL _____ AL _____ .

Contestualmente comunica che il proprio medico curante è _____ di
_____, recapito telefonico _____.

Allo scopo dichiara di aver preso visione delle norme regolamentari che disciplinano la vita
all'interno dell'Ente e di accettarle integralmente.

Data, _____

Firma _____

Allega alla presente: - Quadro clinico

QUADRO CLINICO

A cura del Medico Curante e da allegare alla domanda di ammissione

Si dichiara che la/il Sig.
nata/o il.....a.....presenta la seguente diagnosi:

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

La terapia seguita attualmente è la seguente:.....
.....
.....

ALTRE NOTIZIE SULLE CONDIZIONI GENERALI DELL'OSPITE.

Precedenti esperienze di ricovero in Istituti per Anziani: (precisare:)	SI		NO
Provvede autonomamente all'igiene personale	• SI	• parzialmente	• NO
Si muove in piano con autonomia	• SI	• con appoggio	• NO
E' incontinente (.....)	• SI	• parzialmente	• NO
E' allettato	• SI		• NO
L'assistenza sanitaria deve essere di tipo particolare	• SI		• NO
Durante i pasti si alimenta: (.....)	• da solo	aiutato	imboccato
E' persona capace di vivere in comunità	• SI	• con difficoltà	• NO
E' persona pacifica/mite	• SI	• abbastanza	• NO
Può essere pericolosa a se o ad altri	• SI	• raramente	• NO
E' persona ansiosa	• SI	• a volte	• NO
Ha precedenti psichiatriche (.....)	• SI		• NO
Problemi alcool-correlati (.....)	• SI	• pregressi	• NO
Trattasi di persona diabetica	• ID	• NID	• NO
E' sovrappeso (Kg.)	• SI	• moderatamente	• NO
Presenza di malattie infettive (.....)	• SI	• pregressa	• NO

Valori abituali della sua pressione arteriosa

Altre informazioni ritenute utili.....
.....

N.B.: se possibile allegare documentazione relativa a ricoveri ospedalieri o in casa di cura.

Data,

Il Medico Curante
(timbro e firma)

A.P.S.P. "UBALDO CAMPAGNOLA" in Avio

Via Campagnola, 5 – 38063 - AVIO (TN)

NOME DELL'OSPITE SIG. _____

DATI ANAGRAFICI:

PATERNITA': _____

MATERNITA': _____

STATO CIVILE: _____ nome del coniuge _____

PROFESSIONE: _____

TITOLO DI STUDIO: _____

PERSONE DI RIFERIMENTO:

1. SIG. _____

RESIDENTE A: _____

VIA-FRAZ.: _____

TELEFONO N. _____ N. _____

GRADO DI PARENTELA _____

EMAIL: _____

1. SIG. _____

RESIDENTE A: _____

VIA-FRAZ.: _____

TELEFONO N. _____

GRADO DI PARENTELA _____

2. SIG. _____

RESIDENTE A: _____

VIA-FRAZ.: _____

TELEFONO N. _____

GRADO DI PARENTELA _____

3. SIG. _____

RESIDENTE A: _____

VIA-FRAZ.: _____

TELEFONO N. _____

GRADO DI PARENTELA _____

4. SIG. _____

RESIDENTE A: _____

VIA-FRAZ.: _____

TELEFONO N. _____

GRADO DI PARENTELA _____