

**OGGETTO: Domanda di ammissione del/la Signor/a \_\_\_\_\_**

Spett.le  
**APSP Ubaldo Campagnola**  
Via Campagnola n. 5  
38063 - AVIO (TN)  
[amministrazione@apspavio.it](mailto:amministrazione@apspavio.it)  
fax 0464 688093

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

*oppure*

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

(grado di parentela) \_\_\_\_\_

del \_\_\_ Sig./ra \_\_\_\_\_

nat \_\_\_ 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	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> parzialmente	<input type="checkbox"/> NO
Si muove in piano con autonomia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> con appoggio	<input type="checkbox"/> NO
E' incontinente ( ..... )	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> parzialmente	<input type="checkbox"/> NO
E' allettato	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
L'assistenza sanitaria deve essere di tipo particolare	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
Durante i pasti si alimenta: (.....)	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> aiutato	<input type="checkbox"/> imboccato
E' persona capace di vivere in comunità	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> con difficoltà	<input type="checkbox"/> NO
E' persona pacifica/mite	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> NO
Può essere pericolosa a se o ad altri	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> NO
E' persona ansiosa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> a volte	<input type="checkbox"/> NO
Ha precedenti psichiatriche ( ..... )	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
Problemi alcool-correlati ( ..... )	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> pregressi	<input type="checkbox"/> NO
Trattasi di persona diabetica	<input type="checkbox"/> ID	<input type="checkbox"/> NID	<input type="checkbox"/> NO
E' sovrappeso ( Kg. .... )	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> moderatamente	<input type="checkbox"/> NO
Presenza di malattie infettive ( ..... )	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> pregressa	<input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_