

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	<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)