

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

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

____1____ 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 |
| Si muove in piano con autonomia | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> con appoggio |
| E' incontinente (.....) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> parzialmente |
| 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 |
| E' persona capace di vivere in comunità | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> imboccato |
| E' persona pacifica/mite | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> con difficoltà |
| Può essere pericolosa a se o ad altri | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> abbastanza |
| E' persona ansiosa | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> raramente |
| Ha precedenti psichiatrici (.....) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> a volte |
| Problemi alcool-correlati (.....) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> raramente |
| Trattasi di persona diabetica | <input type="checkbox"/> ID | <input type="checkbox"/> NO |
| E' sovrappeso (Kg.) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> pregressi |
| Presenza di malattie infettive (.....) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NID |
| Valori abituali della sua pressione arteriosa | | <input type="checkbox"/> moderatamente |
| Altre informazioni ritenute utili..... | | <input type="checkbox"/> pregressa |

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

Data,

Il Medico Curante
(timbro e firma)