

COMUNE DI MONTAIONE Residenza per anziani Villa Serena MONTAIONE (FI)	<u>MODULO:</u> Domanda di ammissione soggiornisti e questionario medico	MPS. 01-02	Pagina 1 di 7
---------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	------------------

Domanda di ammissione Soggiornisti

Data _____

AL SINDACO
del Comune di Montaione
Residenza per anziani "Villa Serena"
V.le V. da Filicaia, 18
50050 MONTAIONE

OGGETTO: Domanda di ammissione temporanea alla Residenza per anziani "Villa Serena" di Montaione di Persona autosufficiente.

Il sottoscritto

Nato a **il**

Residente a **Via**

..... **Tel. N.**

chiede di essere ammesso come ospite temporaneo presso la Residenza per anziani "Villa Serena"

dal **al**

D I C H I A R A

- 1) **di essere completamente autosufficiente** a livello fisico e psichico e di non aver bisogno di aiuto nello svolgimento delle attività quotidiane e consapevole che, qualora nel periodo di soggiorno perda l'autosufficienza, sarò dimesso;
- 2) **Di impegnarmi ad osservare le norme regolamentari** in vigore presso Codesta Casa e quanto stabilito sul foglio informativo per le ammissioni dei temporanei di cui ho preso visione;
- 3) **Di impegnarmi a pagare** anticipatamente e, con le modalità indicate, **la retta** spettante.

Distinti saluti.

IL SOTTOSCRITTO

Trattamento dei dati

Il sottoscritto, con riferimento alla presente dichiara di autorizzare la Residenza per anziani "Villa Serena" di Montaione al trattamento dei dati personali e sensibili, di cui entrerà in possesso a seguito di attivazione del procedimento, relativo alla richiesta e poi alla propria successiva ammissione e permanenza nella struttura, consapevole che tali dati saranno resi noti da parte dell'ufficio competente a riceverli, ai servizi interessati all'interno della struttura stessa. I dati personali e sensibili potranno essere altresì comunicati ad enti pubblici sulla base di norme di legge o di regolamento o, comunque, per l'esercizio di attività istituzionali e inerenti al normale svolgimento del servizio. La comunicazione di dati personali a privati potrà avvenire solo se prevista da norme di legge o di regolamento per l'esercizio del diritto di accesso nell'ambito della normale attività del servizio. Il tutto nel rispetto di quanto stabilito dal D.lgs. 196/03.

Li,

FIRMA

DATA EMISSIONE	01/03/04	DATA REVISIONE	15/05/2008	INDICE REVISIONE	REV. 2
----------------	----------	----------------	------------	------------------	--------

COMUNE DI MONTAIONE Residenza per anziani Villa Serena MONTAIONE (FI)	MODULO: Domanda di ammissione soggiornisti e questionario medico	MPS. 01-02	Pagina 2 di 7
---------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	------------------

Allegati:

- [] Fotocopia del Documento d'Identità valido
- [] Questionario medico, compilato dal medico curante.

VISTO, LETTO E SOTTOSCRITTO
IL FAMILIARE GARANTE

Sig./ Sig.ra _____
In qualità di _____ (specificare tipo parentela)
Via _____
Località _____
Telefono _____/_____

(Firma) _____

Trattamento dei dati

Il sottoscritto _____ con riferimento alla presente, dichiara di autorizzare la Residenza per anziani "Villa Serena" di Montaione al trattamento dei dati personali e sensibili, di cui entrerà in possesso a seguito di attivazione del procedimento, relativo alla richiesta e poi alla successiva ammissione e permanenza nella struttura del/della Sig./Sig.ra _____, consapevole che tali dati saranno resi noti da parte dell'ufficio competente a riceverli, Al personale dell'Ente e/o a soggetti convenzionati per l'espletamento del servizio. I dati personali e sensibili potranno essere altresì comunicati ad enti pubblici o ad altri soggetti istituzionali sulla base di norme di legge o di regolamento o, comunque, per l'esercizio di attività istituzionali e inerenti al normale svolgimento del servizio. La comunicazione di dati personali a privati potrà avvenire solo se prevista da norme di legge o di regolamento per l'esercizio del diritto di accesso nell'ambito della normale attività del servizio. Il tutto nel rispetto di quanto stabilito dal D.lgs. 196/03.

Li,

FIRMA

COMUNE DI MONTAIONE Residenza per anziani Villa Serena MONTAIONE (FI)	MODULO: Domanda di ammissione soggiornisti e questionario medico	MPS. 01-02	Pagina 3 di 7
---------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	------------------

QUESTIONARIO MEDICO

A corredo della pratica di ammissione nella

Residenza per Anziani "Villa Serena" – MONTAIONE Tel. 0571/6991

1) **Cognome e nome** del richiedente l'ammissione _____
_____ di anni _____

2) **Mestiere svolto. Stile ed abitudini di vita** _____

3) **Anamnesi familiare e fisiologica** _____

4) **Anamnesi patologica remota** _____

5) **Anamnesi patologica prossima** _____

6) **SITUAZIONE SANITARIA:**

6.1 Se presenta sintomi di intossicazioni croniche da alcolici o da stupefacenti (specificare quali) _____

6.2 Se è affetto da malattie contagiose (specificare quali)

6.3 **RECENTI RICOVERI** in OSPEDALE/CLINICHE/Altri ISTITUTI (Negli ultimi tre anni, salvo episodi più remoti di particolare rilievo).

LUOGO DI RICOVERO	<i>data</i>	<i>durata</i>	<i>motivo</i>

DATA EMISSIONE	01/03/04	DATA REVISIONE	15/05/2008	INDICE REVISIONE	REV. 2
----------------	----------	----------------	------------	------------------	--------

COMUNE DI MONTAIONE Residenza per anziani Villa Serena MONTAIONE (FI)	MODULO: Domanda di ammissione soggiornisti e questionario medico	MPS. 01-02	Pagina 5 di 7
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	--------------------------------

6.11.1 Usa il catetere? No talvolta regolarmente

6.12 E' AFFETTO DA ERNIE? NO SI

6.13 SOFFRE DI DIABETE? NO SI

6.14 VISTA

6.14.1 Porta Occhiali? No Si

6.14.2 Distingue il viso di una persona a 3 metri di distanza?
 No Si, con gli occhiali Si

6.14.3 E' affetto da cecità totale parziale

6.15 UDITO

6.15.1 E' affetta a sordità?
 No parziale totale

6.15.2 Usa protesi? No si

6.15.3 Altre notizie _____

6.16 PAROLA

6.16.1 Ha difficoltà a parlare?
 No parziale è muto

6.16.2 Altre notizie _____

6.17 HA DIFFICOLTA' DI MASTICAZIONE? No Si

6.17.1 Usa Protesi dentaria? no si

6.17.2 Deve essere imboccato? no si

6.18 SEGUE UNA DIETA PARTICOLARE? No Si

6.18.1 motivo _____

6.18.2 descrizione _____

6.19 HA LESIONI da DECUBITO?

No Si, lievi Si, molto estese

6.20 HA DIFFICOLTA' A MANTENERE L'EQUILIBRIO?

NO Parziale _____

SI _____

COMUNE DI MONTAIONE Residenza per anziani Villa Serena MONTAIONE (FI)	MODULO: Domanda di ammissione soggiornisti e questionario medico	MPS. 01-02	Pagina 6 di 7
---------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	------------------

6.21 HA DIFFICOLTA' A COORDINARE I MOVIMENTI?

NO SI _____

6.22 STA CORICATO:

6.22.1 Solo la notte

6.22.2 oltre le ore notturne, dopo pranzo

6.22.3 oltre le ore notturne, tutta la mattina

6.22.4 oltre le ore notturne, tutto il pomeriggio

6.22.5 oltre le ore notturne, l'intera giornata

6.23 SISTEMA NERVOSO E PSICHE

6.23.1 Notizie sulla stabilità emotiva e comportamentale **in passato**

6.23.2 Notizie sulla stabilità emotiva e comportamentale **in presente**

6.23.3 E' mai in stato confusionale? No Si, talvolta Si

6.23.4 Ha difficoltà a capire ciò che gli viene detto?

No Si _____

6.23.5 Memoria:

	Buona	<input type="checkbox"/>		Buona	<input type="checkbox"/>
Recente	Instabile	<input type="checkbox"/>	Remota	Instabile	<input type="checkbox"/>
	Assente	<input type="checkbox"/>		Assente	<input type="checkbox"/>

6.23.6 Soffre di Insonnia? No Talvolta Si

6.23.7 Usa farmaci contro l'insonnia? No Si

Quali ? _____

7) RICHIEDE PARTICOLARE ASSISTENZA, CURA O SORVEGLIANZA?

8) NOTE

COMUNE DI MONTAIONE Residenza per anziani Villa Serena MONTAIONE (FI)	MODULO: Domanda di ammissione soggiornisti e questionario medico	MPS. 01-02	Pagina 7 di 7
---------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	------------------

Per tutto quanto sopra

si dichiara

che il Signore/la Signora in oggetto risulta essere (Specificare se autosufficiente o non autosufficiente) _____

Data compilazione _____

IL MEDICO CURANTE
(firma leggibile e timbro)

DATA EMISSIONE	01/03/04	DATA REVISIONE	15/05/2008	INDICE REVISIONE	REV. 2
----------------	----------	----------------	------------	------------------	--------