

# Villa Jole

VIA G. GIUSIANI, 4 - LOC. MEOSTE  
BAGNO A RIPOLI - FIRENZE  
TEL. 055/632741 - 632742 - 632747  
Part. IVA n. 00901200485

Bagno a Ripoli.....

## DOMANDA DI AMMISSIONE

Il sottoscritto (Ospite):

Cognome.....Nome.....

### OPPURE

I Sottoscritti (Parenti):

Cognome .....Nome.....  
in qualità di.....(grado di parentela)  
nato a .....il.....  
residente in .....Via.....CAP.....  
telefono: .....fax.....

Cognome .....Nome.....  
in qualità di.....(grado di parentela)  
nato a .....il.....  
residente in .....Via.....CAP.....  
telefono: .....fax.....

Cognome .....Nome.....  
in qualità di.....(grado di parentela)  
nato a .....il.....  
residente in .....Via.....CAP.....  
telefono: .....fax.....

**Chiede l'ammissione/oppure chiedono l'ammissione del**

**Sig.....a Tempo vitalizio - Temporaneo - Diurno presso  
la Casa di riposo "Jole S.p.A."**

(cancellare il tipo di ricovero che non interessa)

In caso di soggiorno temporaneo specificare il periodo.....

### DATI ANAGRAFICI DELL'OSPITE

COGNOME ..... NOME.....

NATO A .....IL.....

RESIDENTE IN .....VIA.....

CAP..... TELEFONO.....

STATO CIVILE.....

CODICE FISCALE.....

TESSERA SANITARIA N°.....

MEDICO CURANTE.....

### Documentazione da allegare:

Eventuale esenzione del ticket

# Villa Jole

VIA G. GIUSIANI, 4 - LOC. MEOSTE  
BAGNO A RIPOLI - FIRENZE  
TEL. 055/632741 - 632742 - 632747  
Part. IVA n. 00901200485

Fotocopia documento di riconoscimento

Scheda medica dell'ospite redatta e sottoscritta dal medico curante (vedi allegato)

Eventuale autorizzazione o impegnativa, rilasciata dalla ASL di competenza, ai benefici della Legge Regionale 20/80

Eventuale documentazione e relativa impegnativa, rilasciata dal Comune di Firenze, comprovante la partecipazione del medesimo al contributo totale o parziale alla quota sociale

Il/I sottoscritto/i con la presente si impegna/no al momento dell'ingresso a versare a titolo di deposito cauzionale infruttifero la somma di L. ....(.....)  
che sarà restituita al termine della permanenza nella Casa di Riposo.

Il/I sottoscritto/i con la presente chiede/ono la sistemazione in camera da.....posti letto e si impegna/no a corrispondere alla Casa di Riposo "Jole S.p.A." entro il giorno cinque di ogni mese la somma di L. ....(.....) pari alla retta mensile concordata per il tipo di soggiorno prescelto e le eventuali spese accessorie.

(LA DIREZIONE SI RISERVA DI VARIARE LA RETTA GIORNALIERA CON PREAVVISO ALL'INTERESSATO DI 30 GIORNI)

Il/I sottoscritto/i dichiara/no inoltre:

- a) di avere preso visione della struttura e degli ambienti che la compongono e di averla trovata di proprio gradimento
- b) di prendere atto che la Casa di Riposo "Jole S.p.A." è una struttura completamente aperta e che pertanto la Direzione declina ogni responsabilità nei confronti di coloro che per qualsiasi motivo si allontanano dalla stessa.
- c) di impegnarsi, qualora l'ammissione non dovesse avvenire entro il 15° giorno dalla data della presente domanda, a produrre un aggiornamento alla scheda medica.

FIRMA DELL'OSPITE

FIRMA DEL RICHIEDENTE/I

.....

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

**La direzione si riserva di decidere sull'eventuale ammissione**

## **SCHEDA DI ACCESSO ALLA STRUTTURA**

**NOME**

**COGNOME**

**DATA DI NASCITA:**

---

**PATOLOGIE IN ATTO:**


---



---



---

**TERAPIA IN ATTO:**


---



---

**VALUTAZIONE FUNZIONALE: attività della vita quotidiana**

<b>Fare il bagno (vasca,doccia,spugnature)</b>		<b>Vestirsi (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti,inclusa biancheria intima,vestiti,uso delle allacciature )</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo);</li> <li>- Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo ( es. dorso).</li> <li>- Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo.</li> </ul>	Si No	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendere i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza.</li> <li>- Prendere i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe.</li> <li>- Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.</li> </ul>	Si No
	Si No		Si No
	Si No		Si No
<b>Toilette (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione,pulirsi,rivestirsi)</b>		<b>Spostarsi</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Va in bagno,si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza ( può utilizzare mezzi di supporto come bastone,deambulatore o seggiola a rotelle,può usare vaso da notte o comoda svutandoli al mattino).</li> <li>- Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda.</li> <li>- Non si reca in bagno per l'evacuazione..</li> </ul>	Si No	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore).</li> <li>- Compie trasferimenti se aiutato.</li> <li>- Allettato,non esce dal letto.</li> <li>- Deambula.</li> <li>- Uso di ausili.</li> <li>- E' caduto negli ultimi 6 mesi.</li> </ul>	Si No
	Si No		Si No
	Si No		Si No
<b>Continenza di Feci e Urine</b>		<b>Alimentazione</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlla completamente feci e urine.</li> <li>- Incidenti occasionali.</li> <li>- Necessita di supervisione per il controllo di feci e urine,usa il</li> </ul>	Si No	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Senza assistenza.</li> <li>- Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane.</li> <li>- Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito</li> </ul>	Si No
	Si No		Si No
	Si No		Si No

catetere , è continente.	Si No	parzialmente o completamente per via parenterale o entrale. - Disfagia	Si No
<b>Stato mentale</b>		<b>ALTRO</b>	
- Vigile.	Si No	Comunicazione:	Si No
- Confuso.	Si No	- Comprensibile.	Si No
- Disturbi del comportamento.		- Non comprensibile.	Si No
- Tendenza alla fuga.	Si No	- Afasico.	Si No
- Insonnia .	Si No	- Espressivo.	Si No
	Si No	Deficit sensoriali:	Si No
		- visivi .	Si No
		- uditivi.	
		- Ausili. Tipo _____	
		Lesioni cutanee _____	
		_____	
		_____	

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_

**IOLE S.P.A. – VILLA IOLE**  
**INFORMATIVA PRIVACY PER LA DOMANDA DI RICOVERO**  
**Decreto Legislativo 196/03**

Allegato 4 al  
 Documento  
 Programmatico  
 della Sicurezza

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 196 del 2003 “ CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI ”, Vi informiamo che:

# Villa Iole

VIA G. GIUSIANI, 4 - LOC. MEOSTE  
BAGNO A RIPOLI - FIRENZE  
TEL. 055/632741 - 632742 - 632747  
Part. IVA n. 00901200485

1. i dati personali da Voi forniti saranno oggetto di trattamento nel rispetto della riservatezza e dei diritti dell'ospite tramite l'applicazione sistematica da parte nostra di apposite misure di tutela e garanzia predisposte sia per il trattamento cartaceo che elettronico dei dati e commisurate alla specificità del dato stesso (semplice dato personale oppure dato relativo allo stato di salute).
2. i dati personali dell'ospite e del suo nucleo familiare che sono raccolti all'atto della presente domanda di ricovero, sono strettamente funzionali al corretto raggiungimento delle finalità relative all'eventuale ricovero dell'ospite presso la nostra struttura
3. i dati relativi alla salute dell'ospite da noi raccolti all'atto della presente domanda di ricovero sono necessari e strettamente funzionali per adempiere alle successive procedure di ricovero.
4. il conferimento dei dati di cui ai punti precedenti è condizione necessaria per l'eventuale instaurazione del rapporto contrattuale con la nostra struttura
5. prima dell'atto dell'effettivo ricovero, che sarà subordinato alla firma del contratto con l'ospite e relativa informativa privacy, i dati personali e sensibili raccolti non saranno comunicati esternamente

Titolare del trattamento è la **Iole S.p.A.** nella persona del Legale Rappresentante, presso cui far valere i vostri diritti tra cui la modifica, la visione o la cancellazione dei Vostri dati personali.

---

**(DA COMPILARSI A CURA DELL'OSPITE O DI UN RESPONSABILE DELL'OSPITE)**

Il sottoscritto ..... (nome - cognome)  
esprime il proprio consenso al trattamento dei dati, nei termini e per le finalità indicate nei punti  
della presente informativa.

**Data** .....

**Firma** .....