

Bagno a Ripoli.....

Il sottoscritto (Ospite):

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

OPPURE

I Sottoscritti (Parenti):

CognomeNome.....
 in qualità di.....(grado di parentela)
 nato ail.....
 residente inVia.....CAP.....
 telefono:fax.....

CognomeNome.....
 in qualità di.....(grado di parentela)
 nato ail.....
 residente inVia.....CAP.....
 telefono:fax.....

CognomeNome.....
 in qualità di.....(grado di parentela)
 nato ail.....
 residente inVia.....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 AIL.....

RESIDENTE INVIA.....

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

STATO CIVILE.....

CODICE FISCALE.....

TESSERA SANITARIA N°.....MEDICO CURANTE.....

Titolo Documento	Codice	Revisione	Pagina
DOMANDA DI AMMISSIONE PER RICOVERO	VJ/SR/019	00 20/09/2010	Pagina 2 di 5

Documentazione da allegare:

Eventuale esenzione del ticket

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 €.(.....) 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

Fare il bagno (vasca,doccia,spugnature)		Vestirsi (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti,inclusa biancheria intima,vestiti,uso delle allacciature)	
<ul style="list-style-type: none"> - Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo); - Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso). - Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo. 	<p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prendere i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza. - Prendere i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe. - Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito. 	<p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p>
Toilette (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione,pulirsi,rivestirsi)		Spostarsi	
<ul style="list-style-type: none"> - 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). - Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda. - Non si reca in bagno per l'evacuazione.. 	<p>Si No</p> <p>Si No</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore). - Compie trasferimenti se aiutato. - Allettato,non esce dal letto. - Deambula. - Uso di ausili. 	<p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p>

	Si No	- E' caduto negli ultimi 6 mesi.	Si No Si No
Continenza di Feci e Urine		Alimentazione	
- Controlla completamente feci e urine.	Si No	- Senza assistenza.	Si No
- Incidenti occasionali.	Si No	- Assistenza solo per tagliare la carne o imbrattare il pane.	Si No
- Necessita di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere , è continente.	Si No	- Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale o entrale.	Si No
		- Disfagia	Si No
Stato mentale		ALTRO	
- Vigile.	Si No	Comunicazione:	
- Confuso.	Si No	- Comprensibile.	Si No
- Disturbi del comportamento.	Si No	- Non comprensibile.	Si No
- Tendenza alla fuga.	Si No	- Afasico.	Si No
- Insonnia .	Si No	- Espressivo.	Si No
		Deficit sensoriali:	
		- visivi .	Si No
		- uditivi.	Si No
		- Ausili. Tipo_____	
		Lesioni cutanee_____	

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Titolo Documento	Codice	Revisione	Pagina
DOMANDA DI AMMISSIONE PER RICOVERO	VJ/SR/019	00 20/09/2010	Pagina 5 di 5

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:

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.

Titolo Documento	Codice	Revisione	Pagina
DOMANDA DI AMMISSIONE PER RICOVERO	VJ/SR/019	00 20/09/2010	Pagina 6 di 5

Data

Firma