



DOMANDA DI AMMISSIONE Struttura di Ravenna

1. DATI DELL'OSPITE

La domanda di ammissione viene inoltrata per la seguente persona:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____, a _____ Prov. _____

Residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____

Telefono abitazione _____ cell. _____

Stato civile coniugato/a vedovo/a celibe/nubile altro _____

Codice fiscale _____

Cittadinanza _____

Medico curante Dr. _____ Tel. n. _____

Tipo di ammissione:

Ricovero permanente

Ricovero temporaneo

L'assistenza avviene attualmente da parte:

di famigliari

di struttura ospedaliera _____ reparto _____ tel. _____

di altre strutture _____ con previsione dimissioni il _____



2. IMPEGNATIVA DEL RICHIEDENTE

Il/La Sig./Sig.a _____

nato/a il _____, a _____ Prov. _____

Residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____

Codice fiscale _____

Telefono abitazione _____ cell. _____

Mail _____

che sottoscriverà la presente e i documenti di Ospitalità in qualità di:

- Ospite
- Familiare (indicare il grado di parentela) _____
- Amministratore di Sostegno
- Tutore/Curatore
- Altro _____

Luogo _____ **data** _____

(Firma leggibile)



3. DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- Questionario Sanitario (Allegato n. 1/A) debitamente compilato dal medico di base o di struttura Ospedaliera o di struttura di accoglienza.
- Copia di eventuali lettere di dimissioni ospedaliere, referti di visite specialistiche (es. geriatra, cardiologo, ecc. ecc.) attestanti le patologie in corso e possibilmente l'ultimo referto di esami ematologici eseguiti.
- Copia della Carta d'Identità.
- Copia della tessera sanitaria.
- Copia di eventuali esenzioni per farmaci e ticket.
- Copia del documento di identità e codice fiscale della persona che sottoscriverà la presente e i documenti.
- Copia Verbale Invalidità Civile.
- Copia Domanda di Invalidità Civile.

4. MODALITA' DI FATTURAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Indicare di seguito l'esatta intestazione da indicare nelle fatture mensili relative alla retta:

Cognome e nome _____

residente in via _____ n. _____

Località _____ c.a.p. _____

C.F. _____

5. RECAPITO FATTURE ED EVENTUALI DOCUMENTI/CORRISPONDENZA

Cognome e nome _____

residente in via _____ n. _____

Località _____ c.a.p. _____

6. MODALITA' DI PAGAMENTO DELLA RETTA MENSILE

Il pagamento della retta mensile, verrà disposto entro il giorno 10 del mese corrente.

“QUESTIONARIO SANITARIO”

(Da compilarsi a cura del Medico o di base o di struttura ospedaliera o di altra struttura di accoglienza e da allegare, in busta chiusa, alla domanda d’ingresso)

COGNOME E NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	

SINTESI ANAMNESTICA (patologie o interventi chirurgici con data di insorgenza o di intervento)	
PATOLOGIE ACUTE IN ATTO O RECENTI	
EVENTUALI ALLERGIE O INTOLLERANZE	
MALATTIE INFETTIVE	

PORTATORE DI:					
PACEMAKER	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	UROSTOMIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
TRACHEOSTOMIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	COLONSTOMIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
PROTESI	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	CVC	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
CV	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	ALTRO: _____		
PRESENZA DI PIAGHE DA DECUBITO	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	SEDE: _____		
ALTRE LESIONI O MEDICAZIONI	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	SEDE: _____		
DISFAGIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Note: _____		
AFASIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Note: _____		
DISARTRIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Note: _____		

NUTRIZIONE	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> Sondino ng	<input type="radio"/> Peg	<input type="radio"/> Parenterale
DIETA	<input type="radio"/> Diabete	<input type="radio"/> Disfagia	Altro: _____	
RESPIRAZIONE	<input type="radio"/> autonoma	<input type="radio"/> ossigeno	<input type="radio"/> tracheostomia	

VALUTAZIONE CAPACITA' COGNITIVO - COMPORTAMENTALI

STATO DI COSCIENZA	<input type="radio"/> vigile	<input type="radio"/> risponde a stimoli verbali	<input type="radio"/> risponde a stimoli dolorosi	<input type="radio"/> non risponde
DETERIORAMENTO COGNITIVO	<input type="radio"/> assente	<input type="radio"/> lieve o moderato	<input type="radio"/> grave	
DISTURBI del COMPORTAMENTO	<input type="radio"/> assente	<input type="radio"/> lieve o moderato	<input type="radio"/> grave	

PRESENZA DI DEFICIT SENSORIALI	<input type="radio"/> visivi	<input type="radio"/> uditivi
COMPRESIONE ORDINI SEMPLICI	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
ORIENTAMENTO NEL TEMPO	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
ORIENTAMENTO NELLO SPAZIO	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
ADEGUATA MEMORIA A BREVE TERMINE	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
ADEGUATA MEMORIA A LUNGO TERMINE	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
ESPRIME BISOGNI ELEMENTARI (fame – sete sonno – dolore)	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
CAPACITA' DI DECISIONE AUTONOMA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
E' CONFUSO	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
E' COERENTE	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
AGITAZIONE PSICOMOTORIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
PERICOLO DI FUGA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
DEAMBULAZIONE AFINALISTICA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
AGGRESSIVITA'	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
ANSIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
INSONNIA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
ALLUCINAZIONI VISIVE/UDITIVE	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
DELIRI	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

VALUTAZIONE STATO FUNZIONALE (AUTONOMIE)

	AUTONOMO	PARZIALMENTE AUTONOMO	TOTALMENTE DIPENDENTE
IGIENE PERSONALE QUOTIDIANA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BAGNO SETTIMANALE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CAPACITA' DI VESTIRSI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CAPACITA' DI ALIMENTARSI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	AUTONOMO	PARZIALMENTE AUTONOMO	TOTALMENTE DIPENDENTE
USO WC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ALZATA DAL LETTO/SEDIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
USO DEL TELEFONO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FARE ACQUISTI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GESTIONE AUTONOMA DEI MEDICINALI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GESTIONE DEL DENARO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

INCONTINENZA	<input type="radio"/> assente	<input type="radio"/> occasionale	<input type="radio"/> abituale doppia	<input type="radio"/> catetere
DEAMBULAZIONE	<input type="radio"/> autonoma	<input type="radio"/> con accompagnamento	<input type="radio"/> con ausili o carrozzina	<input type="radio"/> allettato

ESAME OBIETTIVO GENERALE

CUTE E MUCOSE VISIBILI	_____
APPARATO RESPIRATORIO	_____
APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	_____
APPARATO DIGERENTE	_____
APPARATO GENITO URINARIO	_____
APPARATO LOCOMOTORE	_____
SISTEMA NERVOSO CENTRALE	_____
SISTEMA NERVOSO PERIFERICO	_____

TERAPIE IN ATTO

FARMACO	DOSAGGIO	POSOLOGIA	8	12	16	19	21

Luogo _____ data _____

(Timbro e Firma)
