

DOMANDA DI AMMISSIONE

A favore di:

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A IL _____ A _____

RESIDENTE NEL COMUNE: _____ PV _____

IN VIA _____ CAP _____

TELEFONO _____

DA CHE ANNO E' RESIDENTE PRESSO QUESTO COMUNE? _____

IL COMUNE DI COMPETENZA È A CONOSCENZA DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI
INGRESSO? sì no

CODICE FISCALE _____

TEL: _____ CEL: _____

PERSONE DI RIFERIMENTO

1) PARENTELA o TIPO DI CONOSCENZA _____

NOME e COGNOME _____

TEL. ABITAZIONE _____ CEL. _____

EMAIL: _____

RESIDENTE A _____ PV _____

VIA _____ CAP _____

2) PARENTELA o TIPO DI CONOSCENZA _____

NOME e COGNOME _____

TEL. ABITAZIONE _____ CEL. _____

RESIDENTE A _____ PV _____

VIA _____ CAP _____

EMAIL: _____

QUESTIONARIO SOCIOSANITARIO

Notizie sociali

Stato civile: celibe/nubile coniugato/a vedovo/a
 separato/a divorziato/a

Livello di istruzione: analfabeta elementari medie inf.
 medie sup. laurea Altro _____

Attività lavorativa prima della pensione: _____

Ha invalidità civile? Si: _____% no in itinere

Ha indennità accompagnamento: si no

Ha riconoscimento di L. 104: si no

Ha esenzioni ticket: si cod. _____ no

Percepisce pensione? si no

Come provvede al ritiro? autonomamente accompagnato da _____
oversata direttamente su conto/libretto

Motivazione alla richiesta di ammissione: Onerosità assistenziale

Lavoro a tempo pieno dei familiari Desiderio dell'anziano

Temporanea emergenza _____
(specificare)

Altro _____
(specificare)

Motivazione della eventuale mancata richiesta diretta dell'anziano all'ingresso presso le Residenze

La Magnolia & Villa Mosca: _____

Attualmente dove si trova l'anziano? al proprio domicilio in ospedale
 presso parenti, _____
(specificare)

Abitualmente con chi vive? solo con il coniuge con il coniuge e figli
 da parenti con altri non parenti, _____
(specificare)

Composizione della parentela:

	Cognome Nome	Vivente		Convivente all'ingresso		Residente a:
		Si	No (data decesso)	Si	No	
Coniuge						
Fratello/ sorella						
Fratello/ sorella						
Fratello/ sorella						
Figlio/a						
Figlio/a						
Figlio/a						
Altro/a						
Altro/a						

Come trascorre la giornata? _____

Esce di casa? da solo accompagnato non esce

Provvede ai pasti? autonomamente con aiuto servizio ADI o altro

Interessi? guarda la TV legge ascolta la radio

hobby, precisare _____

Abitudini di vita pregressi e attuali: _____

Cosa vorrebbe trovare a La Magnolia? attività particolari _____
(specificare)

stare con gli altri

altro, _____
(specificare)

Data e firma del compilatore

DATI CLINICI DEL PAZIENTE

(da far compilare al medico di famiglia o da struttura sanitaria)

NOME PAZIENTE: _____

DIAGNOSI: _____

EVENTUALI ALLERGIE _____

Competenze funzionali

Com'è la deambulazione? buona incerta con appoggio con sostegno

È dotato di protesi e/o ausili? No carrozzina tutore deambulatore

altro (specificare) _____

Come si alimenta? solo con aiuto _____

(specificare tipo)

Come si lava? solo con aiuto _____

(specificare tipo)

Come si veste? solo con aiuto _____

(specificare tipo)

Presenta incontinenza urinaria? sì no

Presenta incontinenza fecale? sì no

Com'è la vista? buona compromessa non vede

Com'è l'udito? buono compromessa non sente

Com'è il linguaggio? buono compromesso non parla

Presenta fasi di confusione e/o disorientamento? no sì raramente

sì frequentemente

Descrizione del disturbo: _____

Presenta compromissione e disturbi: della memoria della capacità critica

del giudizio dell'umore del sonno del comportamento

nessuno di quelli citati

Descrizione del disturbo: _____
