



“DOMANDA DI RICOVERO”

Richiesta n..... del

Il sottoscritto....., nato a, il,
residente in, Via, n.,
telefono, C. F. in qualità
di firmatario responsabile, **chiede** per il/la Sig./ra,
nato/a a, il, residente a.....,
in via, il ricovero presso la Struttura Protetta Fraternitas, in regime:

- socio - assistenziale;**
- socio - sanitario convenzionato col S.S.N.;**

- Autosufficiente..... Semi auto sufficiente..... Non autosufficiente.....
- **Stato di salute** (Patologia Attuale):_____

- **Tipo di malattia** (Osteoporosi, Crisi Epilettiche, Insufficienza Renale, Diabetico, Cardiopatico, Iperteso, Arteriosclerosi, Malattie Dermatologiche, Ulcera, Morbo di Alzheimer, Morbo di Parkinson, ecc.....).

- **Terapia** COMPLESSA , SEMPLICE , ASSENTE; (Sottolineare la parte interessata)

- Cammina da solo/a

| |
|---------|
| SI / NO |
|---------|

 note.....
- Mangia da solo/a

| |
|---------|
| SI / NO |
|---------|

 note.....
- Va in bagno da solo/a

| |
|---------|
| SI / NO |
|---------|

 note.....
- Si veste da solo/a

| |
|---------|
| SI / NO |
|---------|

 note.....
- Si lava da solo/a

| |
|---------|
| SI / NO |
|---------|

 note.....
- Porta il pannolone

| |
|---------|
| SI / NO |
|---------|

 note.....
- Ha il catetere

| |
|---------|
| SI / NO |
|---------|

 note.....
- Ha le piaghe

| |
|---------|
| SI / NO |
|---------|

 note.....
- Dorme la notte

| |
|---------|
| SI / NO |
|---------|

 note.....
- Kg (peso)

| |
|---------|
| SI / NO |
|---------|

 note.....
- Ha subito interventi chirurgici

| |
|---------|
| SI / NO |
|---------|

 se si quali?:

- In che **condizioni psicologiche** è (depressione senile, mentalmente lucido, socievole o no? ecc.)

- **Portatore di** : Sondino Pace Maker Protesi se si quali? _____

- Invalidità

| |
|---------|
| SI / NO |
|---------|

 note.....
- Esenzione da Ticket

| |
|---------|
| SI / NO |
|---------|

 note
- Indennità di Accompagnamento

| |
|---------|
| SI / NO |
|---------|

 note.....
- Fornitura pannoloni e traverse

| |
|---------|
| SI / NO |
|---------|

 note.....
- Presidi personali: carrozzina deambulatore altro.....
- Medico Curante
- Interdetto/Inabilitato

- **Luogo di degenza attuale:**

ABITAZIONE: propria familiare OSPEDALE STRUTTURA



Recapiti referenti:

1- Nome e Cognome _____ Grado di parentela _____

Abitazione: _____ Tel. _____ cell. _____

2- Nome e Cognome _____ Grado di parentela _____

Abitazione: _____ Tel. _____ cell. _____

(I dati saranno trattati con assoluta riservatezza, nel rispetto del D.Lgs. 196/03 sulla privacy)

NOTE:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Il/La sottoscritto/a.....

Dichiara

Di avere ricevuto la carta dei servizi unitamente alle informazioni relative a:

- requisiti occorrenti per l'accoglimento
- retta di degenza
- procedura di accoglimento
- tempi d'attesa
- caratteristiche dell'Ente
- tipologia e caratteristiche dei servizi offerti

Castel Frentano, li _____

Firma _____

Firma addetto Fraternitas
