

FORMULARIO PER LA RICHIESTA DI AMMISSIONE IN ISTITUTO PER ANZIANI

RICHIESTA D'AMMISSIONE:

- Preventiva Immediata o a breve termine

ELENCO STRUTTURE:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CASA SERENA | <input type="checkbox"/> CENTRO POLIS |
| <input type="checkbox"/> RESIDENZA GEMMO | <input type="checkbox"/> CENTRO LA PIAZZETTA |
| <input type="checkbox"/> RESIDENZA ALLA MERIDIANA | <input type="checkbox"/> AL PAGNOLO |
| <input type="checkbox"/> CENTRO L'ORIZZONTE | |

DATI GENERALI:

Cognome:

Nome:

Sesso: M F

Stavo civile: celibe/nubile sposato/a
 vedovo/a separato/a o divorziato/a

Data di nascita:

Luogo di nascita:

Domicilio: Via e No.

NAP e Luogo.

Telefono:

Nazionalità:

Permesso di Soggiorno:

Cassa malati:
(Allegare Fotocopia Tessera)

Medico curante: No. tel.

E-Mail Medico:

Persone di riferimento:

- Cognome - Nome
- Indirizzo
- Recapito telefonico
- Grado di parentela
- Indirizzo E-Mail _____

- Cognome - Nome
- Indirizzo
- Recapito telefonico
- Grado di parentela
- Indirizzo E-Mail _____

DIMORA ATTUALE DEL RICHIEDENTE:

Dove risiede:

- domicilio ospedale/clinica istituto per anziani
- appartamento protetto

Con chi vive:

- solo/a con coniuge

Necessità di sostegno al domicilio

- Cure di base
- Cure medico terapeutiche
- Aiuto domestico
- Badante
- Pasti a domicilio
- Centro diurno

Associazione di aiuto domiciliare (o privato):

Nome _____ Tel: _____

E-mail _____

Nome Infermiere di riferimento: _____

Il Formulario è stato compilato con:

- interessato
- parente / rappresentante
- interessato più parente / rappresentante

Firma del richiedente: Firma intervistatore:

Luogo e data: