

DOMANDA DI ACCESSO A.P.A. ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI E SOGGETTI IN CONDIZIONI DI DISAGIO SOCIALE

Prot. n. _____ del _____ Data Ingresso _____ Num. Biancheria _____

DATI ANAGRAFICI

Il Sig./La Sig.ra _____
(Cognome e Nome)

Data di nascita ____ / ____ / ____ Età ____ Luogo di nascita _____ prov. (____)

Codice Fiscale: _____ residente in _____

prov. (____) CAP _____ via _____ n° _____

Telefono: _____ e-mail _____

CHIEDE INSERIMENTO IN ALLOGGIO PROTETTO PER ANZIANI

Per il Sig./la Sig.ra _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Età ____ Luogo di nascita _____ prov. (____)

Codice Fiscale: _____ residente in _____

prov. (____) CAP _____ via _____ n° _____

MMG _____ TEL. _____

CHIEDE

di accedere all'alloggio protetto per anziani e soggetti in condizioni di disagio sociale nella tipologia:

MONOLOCALE PIANO TERRA PIANO 1 PIANO 2

BILOCALE PIANO TERRA PIANO 1 PIANO 2

BILOCALE ad uso singolo

La permanenza presso l'A.P.A. sarà:

A TEMPO DETERMINATO – per il periodo dal _____ al _____

A TEMPO INDETERMINATO a far data dal _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

- ✓ che non necessita di assistenza socio-sanitaria continua ma le patologie di cui è affetto sono comunque gestibili al domicilio come risulta dal questionario sanitario compilato dal MMG;
- ✓ di impegnarsi al pagamento della retta mensile e del deposito cauzionale in base ai servizi richiesti e dettagliatamente descritti nella carta dei servizi;
- ✓ di aver preso visione della carta dei servizi e di averne ricevuto copia.

Luogo e data: _____ FIRMA _____

VALUTAZIONE MEDICA

SOGGETTO IDONEO SI NO NOTE _____

Data _____

Il Medico Responsabile _____

ALTRI REFERENTI DELLA PERSONA DA CONTATTARE

1) *Grado di parentela:* _____

COGNOME _____ NOME _____
 DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____
 RESIDENTE A _____ PROVINCIA _____ CAP _____
 VIA _____ N. _____ RECAPITO TELEFONICI _____
 CODICE FISCALE _____

2) *Grado di parentela:* _____

COGNOME _____ NOME _____
 DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____
 RESIDENTE A _____ PROVINCIA _____ CAP _____
 VIA _____ N. _____ RECAPITO TELEFONICI _____
 CODICE FISCALE _____

SITUAZIONE ASSISTENZIALE ALLA DATA DELLA DOMANDA:

<input type="checkbox"/> A DOMICILIO SENZA ALCUNA ASSISTENZA	<input type="checkbox"/> A DOMICILIO CON FREQUENZA STRUTTURA SOCIO SANITARIA DIURNA SEMIRESIDENZIALE
<input type="checkbox"/> A DOMICILIO CON ASSISTENZA DOMICILIARE SAD	<input type="checkbox"/> A DOMICILIO CON MISURA RSA APERTA
<input type="checkbox"/> A DOMICILIO CON ASSISTENZA DOMICILIARE ADI/VOUCHER SOCIO SANITARIO	<input type="checkbox"/> INFORMAZIONE NON NOTA
<input type="checkbox"/> A DOMICILIO CON FREQUENZA STRUTTURA SOCIALE DIURNA SEMIRESIDENZIALE	<input type="checkbox"/> Altro _____

MOTIVO DELLA DOMANDA

- Ospite che conserva un sufficiente grado di autonomia e che desidera vivere in un ambiente controllato e protetto;
- Ospite con fragilità sociale (es. reti famigliari rarefatte o residuali);
- Ospite con lievi difficoltà, conservata capacità deambulatoria, anche con l'utilizzo di ausili;
- Ospite un'abitazione non adeguata, per la presenza ad esempio di barriere architettoniche che creano per l'individuo un disagio costante e quotidiano;
- Ospite che presenta patologie gestibili al domicilio;
- condizioni di solitudine ed emarginazione sociale.

DATI RELATIVI ALLE RISORSE ECONOMICHE DELL'INTERESSATO ALL'AMMISSIONE:

- Intestatario di indennità di accompagnamento: NO SI

Situazione pensionistica:		
<input type="checkbox"/> Nessuna pensione	<input type="checkbox"/> Anzianità/vecchiaia	<input type="checkbox"/> Sociale
<input type="checkbox"/> Invalidità	<input type="checkbox"/> Reversibilità	<input type="checkbox"/> Tipologia speciale (guerra/infortunio sul lavoro, ecc.)

Necessità di ingresso: urgente breve termine lungo termine

Alla presente si allegano i seguenti documenti:

- Fotocopia di un **DOCUMENTO DI IDENTITÀ NON SCADUTO**
- Fotocopia **CARTA REGIONALE DEI SERVIZI** (Tesserino Sanitario magnetico)
- Certificato di residenza (anche AUTOCERTIFICAZIONE)
- Eventuale **ATTO DI NOMINA del Tribunale per AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO e/o Nomina TUTORE**
- Fotocopia del **VERBALE** rilasciato dalla **COMMISSIONE DI PRIMA ISTANZA INPS** che ha riconosciuto l'eventuale invalidità civile – **Domanda di invalidità**;

- Tutta la documentazione medica pregressa e recente con eventuali COPIE di cartelle cliniche.

☐ **DOCUMENTAZIONE MEDICA NECESSARIA PER LA VALUTAZIONE DELLO STATO DI SALUTE DELL'UTENTE:**

- **QUESTIONARIO SANITARIO** allegato alla presente domanda di ingresso compilata dal Medico curante - **OBBLIGATORIO**;
- **Esami di laboratorio:** Ast - Alt - Vdrl - Bilirubina - Hbsag - Anti Hcv - Coprocultura per ricerca Salmonella non antecedenti a 3 mes (facoltativi);
- **Referti di visite specialistiche** od esami strumentali (radiografie, elettrocardiogrammi,...).
- **GREEN PASS VACCINALE**

LE TARIFFE A OSPITE:

Il pagamento della retta mensile e delle prestazioni aggiuntive è a carico dell'utente o di altro obbligato che sottoscrive il contratto d'ingresso.

La retta mensile è fatturata mensilmente in via anticipata e le prestazioni aggiuntive (se richieste) verranno fatturate a parte in via posticipata.

Le rette mensili devono essere pagate entro il giorno 10 del mese di riferimento e le prestazioni aggiuntive entro il 10 del mese successivo di riferimento. In caso di ritardato pagamento saranno applicati gli interessi di mora di legge.

CAUZIONE: Al momento dell'ingresso verrà richiesto di versare un deposito cauzionale infruttifero pari all'importo della retta corrispondente all'alloggio contrattualizzato.

Il deposito cauzionale sarà restituito alla dimissione dell'ospite.

In caso di mancato pagamento dell'ospite e/o obbligati, la Fondazione Varni Agnetti onlus sarà legittimata ad incamerare il deposito cauzionale. In tal caso la Fondazione diffiderà l'ospite e/o gli obbligati, alla ricostituzione del medesimo deposito cauzionale infruttifero **entro 15 giorni**. Laddove il deposito cauzionale non sia ricostituito nei termini di cui sopra, il contratto si intenderà risolto di diritto ex art. 1456 del Codice Civile.

Ai fini del mantenimento del posto letto, la retta è dovuta anche in caso di assenza.

In caso di decesso o dimissione, viene contabilizzato anche l'ultimo giorno di degenza.

LE TARIFFE A OSPITE a far data dal 1/01/2025:

TIPOLOGIA	UBICAZIONE	METRATURA	RETTA MENSILE	RETTA GIORNALIERA
MONOLOCALE	PIANO TERRA	28 MQ	1.850,00	60,82
MONOLOCALE	PIANO 1 PIANO 2	43 MQ	2.070,00	68,05
BILOCALE	PIANO TERRA	60 MQ	1.760,00	57,86
BILOCALE	PIANO 1 PIANO 2	65 MQ	1.820,00	59,83
BILOCALE AD USO SINGOLO	QUALSIASI PIANO	60/65 MQ	2.850,00	93,70

Per gli ospiti che non usufruiscono del servizio mensa è previsto uno sconto sulla retta che sarà indicato sul contratto di ingresso.

Le eventuali prestazioni che verranno erogate in regime di CDI potranno essere scontate dalla retta.

La retta è comprensiva di:

Servizi sanitari, assistenziali e sociali:

Presenza di personale qualificato su chiamata 24 ore su 24 per 7 giorni su 7

- controllo mensile del peso corporeo;
- verifica mensile parametri vitali (pressione arteriosa, saturazione ecc.);
- ECG con cadenza annuale;
- controllo dei valori della glicemia in caso di necessità o per ospiti con patologia conclamata di diabete, parametri vitali;
- Prenotazione visite specialistiche ed esami;
- Assistenza infermieristica di base (es. in caso di influenza..);
- Organizzazione di attività di animazione settimanale volti alla stimolazione relazionale e sociale;
- Assistenza e supervisione per bagno assistito;

Nei casi di urgenza è attivato il medico di guardia; qualora insorgano problemi rilevanti è attivato il Pronto Soccorso.

I familiari di riferimento, nei casi di urgenza, vengono informati dell'evenienza dall'operatore in turno.

Gli Ospiti rimangono in carico ai Medici di Medicina Generale (MMG) di loro libera scelta, che provvederanno pertanto alle prescrizioni farmaceutiche.

Gli Ospiti degli APA possono usufruire, senza ulteriori costi, dei servizi integrativi del Centro Diurno Integrato per Anziani Varni Agnetti (es. servizio medico, infermieristico, fisioterapico, socio educativo ecc.).

Servizi generali:

- ✓ fornitura dei pasti con presenza di un operatore nel salone comune
- ✓ fornitura e sostituzione settimanale di biancheria piana da letto (lenzuola, traversa, federe, copriletto). Gli utenti possono comunque scegliere di utilizzare la propria biancheria da letto, in tal caso con lavaggio e stireria non è a carico della Fondazione. Questo non comporta alcuna variazione del costo fisso del canone.
- ✓ servizio lavanderia per i capi dell'ospite
- ✓ manutenzione degli impianti
- ✓ Servizio di manutenzione e piccole riparazioni dell'alloggio e degli arredi e attrezzature in dotazione
- ✓ pulizia dei locali due volte alla settimana e quotidiano nei locali comuni
- ✓ posto auto
- ✓ assistenza fiscale tramite Patronato

Utenze

- ✓ fornitura di luce e acqua e servizio di riscaldamento e climatizzazione
- ✓ telefonate per numeri interni, escluso traffico telefonico verso l'esterno
- ✓ connessione wi-fi in tutti i locali
- ✓ Tari – Tassa rifiuti
- ✓ Canone TV

Servizi speciali

- ✓ domotica
- ✓ sistema di chiamata di emergenza

La biancheria da bagno e tutto il necessario per l'igiene personale dell'ospite è a Suo carico.

ASSISTENZA SPIRITUALE

L'assistenza spirituale è garantita dal Parroco della Parrocchia di Godiasco Salice Terme o suo delegato.

SERVIZI ACCESSORI NON INCLUSI NELLA RETTA

Gli utenti degli alloggi protetti possono accedere ai servizi accessori su richiesta individuale ed a libera scelta. Il costo dei servizi accessori costituisce la parte variabile del canone secondo l'uso effettivo degli stessi.

- ✓ Pasto supplementare ospite;

- ✓ Cambio della biancheria piana al di fuori del cambio settimanale;
- ✓ Pulizia supplementare dei locali su richiesta dell'ospite;
- ✓ Visite mediche specialistiche (Geriatrica e/o Fisiatrica) su richiesta;
- ✓ ECG di controllo su richiesta;
- ✓ Prelievi ematici al domicilio;
- ✓ Medicazioni, somministrazioni terapie, controlli infermieristici oltre a quelli inclusi nella retta;
- ✓ Trasporto sanitario;
- ✓ Servizio di trasporto su richiesta con mezzi della Fondazione;
- ✓ Fisioterapia e terapia fisica al di fuori delle attività già previste;
- ✓ Servizio parrucchiere e barbiere;
- ✓ Servizio di podologo/estetista;
- ✓ Maggiordomo di comunità

Il prezzo dei singoli servizi sono riportati nel tariffario esposto in bacheca.

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

La retta ed il deposito cauzionale devono essere versati tramite:

- ✓ **BONIFICO BANCARIO** da effettuare sul c/c n. **100000162813** intrattenuto presso **INTESA SANPAOLO S.P.A. Fil. Milano (MI) ABI 03069 CAB 09606** a favore di FONDAZIONE VARNI AGNETTI, specificando il nome e il cognome dell'ospite ricoverato ed il mese di riferimento (**COD. IBAN IT32 M 03069 09606 100000162813**).
- ✓ **ASSEGNI BANCARI;**
- ✓ **ASSEGNI CIRCOLARI.**
- ✓ **SDD - Addebito Diretto SEPA**

QUESTIONARIO SANITARIO

(da compilarsi a cura del Medico Curante- MMG)

Cognome e nome _____

Data di nascita _____ Esente SI NO COD. ESENZ. _____ PARZ TOT

Giudizio sulla stabilità clinica attuale:

- stabile** nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli >60 gg.
- moderatamente stabile** con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 gg.
- moderatamente instabile** con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana
- instabile** con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano
- acuzie** con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani
- OSPITE CON PROTEZIONE VACCINALE COMPLETA (BOOSTER)**
- OSPITE CON PROTEZIONE VACCINALE PARZIALE**
- OSPITE NON VACCINATO MA GUARITO DA PREGRESSA INFEZIONE DA NON PIÙ DI 6 MESI**
- OSPITE NON VACCINATO**

MOBILITÀ/TRASFERIMENTI	<input type="checkbox"/> Indipendente	<input type="checkbox"/> autonomo con protesi/ausili	<input type="checkbox"/> carrozzella
	<input type="checkbox"/> Con aiuto	<input type="checkbox"/> con aiuto con protesi/ausili	<input type="checkbox"/> altro _____

PATOLOGIE

LEGENDA

A: assente; **L:** lieve - trattamento facoltativo; prognosi eccellente; **M:** moderata - trattamento necessario; prognosi buona; **G:** grave; è invalidante - trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata; **MG:** molto grave - trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave

AREA (barrare la casella che interessa come da legenda)	GRAVITÀ				
	A	L	M	G	MG
PATOLOGIE CARDIACHE					

Diagnosi _____

PORTATORE DI PACE-MAKER SI NO

IPERTENSIONE	A	L	M	G	MG

Diagnosi _____

APPARATO VASCOLARE (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	A	L	M	G	MG

Diagnosi _____

APPARATO RESPIRATORIO	A	L	M	G	MG

Diagnosi _____

OCCHI/ORL (orecchio, naso, gola, laringe)	A	L	M	G	MG

Diagnosi _____

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)	A	L	M	G	MG

Diagnosi _____

APPARATO DIGERENTE INFERIORE (intestino, ernie)	A	L	M	G	MG

Diagnosi _____

STIPSI SI NO

INCONTINENZA FECALE SI NO

FEGATO	A	L	M	G	MG
--------	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

RENE	A	L	M	G	MG
------	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

INCONTINENZA URINARIA SI NO

APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO E CUTE	A	L	M	G	MG
-------------------------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

ULCERE DA DECUBITO SI NO SEDE _____ STADIO _____

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (no demenza)	A	L	M	G	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni ..)	A	L	M	G	MG
--	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, ansia, psicosi...)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

HA SUBITO RICOVERI IN REPARTI OSPEDALIERI PSICHIATRICI SI NO

Specificare _____

È IN CURA c/o SPECIALISTI NEUROPSICHIATRICI o CENTRI PSICO SOCIALI SI NO

Specificare _____

ALTRI PROBLEMI CLINICI

DESCRIZIONE			Se SI indicare:
DIALISI	SI	NO	<input type="checkbox"/> Dialisi peritoneale <input type="checkbox"/> Dialisi extracorporea Frequenza settimanale dialisi _____
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	SI	NO	<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia Durata orario ossigenoterapia _____
STATO NUTRIZIONALE	SI	NO	<input type="checkbox"/> NELLA NORMA <input type="checkbox"/> OBESITÀ <input type="checkbox"/> SOTTOPESO <input type="checkbox"/> VARIAZIONI PONDERALI NEGLI ULTIMI SEI MESI
DIETA IN ATTO	SI	NO	<input type="checkbox"/> DIETA LIBERA <input type="checkbox"/> ALTRO _____
GESTIONE INCONTINENZA	SI	NO	<input type="checkbox"/> PRESID ASSORBENTI <input type="checkbox"/> ANO ARTIFICIALE
PROTESI	SI	NO	<input type="checkbox"/> DENTALE <input type="checkbox"/> ACUSTICA <input type="checkbox"/> OCCHIALI <input type="checkbox"/> ALTRO _____

INTERVENTI PROGRAMMATI: NO SÌ

Se necessita di valutazioni o accertamenti strumentali periodici, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni

Specificare: _____

PRINCIPALI RICOVERI OSPEDALIERI O PRESSO ALTRI ENTI NEGLI ULTIMI 12 MESI:

VALUTAZIONE COGNITIVA

DISORIENTAMENTO TEMPO/SPAZIO	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALE
PERDITA DI MEMORIA	<input type="checkbox"/> LIEVE	<input type="checkbox"/> MODERATA	Note _____

ALLERGIE A FARMACI ED ALIMENTI:

INTOLLERANZE:

PARASSITOSI CUTANEE / MALATTIE CONTAGIOSE / SITUAZIONI PERICOLOSE E CONTRARIE ALLA VITA IN COMUNITÀ:

TERAPIA IN CORSO:

TIPO DI FARMACO	POSOLOGIA	DURATA DEL TRATTAMENTO	ORARI

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

ABITAZIONE	<input type="checkbox"/> IDONEA		<input type="checkbox"/> PRESENZA BARRIERE ARCHITETTONICHE
VIVE SOLO	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Se NO, specificare con chi vive _____
SUPPORTO FAMILIARE/CAREGIVER	<input type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ASSENTE
PRINCIPALE CAREGIVER <i>(specificare in caso di PRESENTE o PARZIALE)</i>	<input type="checkbox"/> CONIUGE	<input type="checkbox"/> FIGLIO	<input type="checkbox"/> NIPOTE
	<input type="checkbox"/> ALTRO <i>(specificare)</i> _____		

Il Medico MMG dichiara che il Sig.

- non ha avuto febbre, tosse, disturbi respiratori e di non essere stato contattato dall'ospite per la diagnosi e conseguenti provvedimenti nei 14 giorni precedenti l'odierno;
- non ha familiari e non ha avuto contatto stretto (faccia a faccia) o ha vissuto nello stesso ambiente chiuso con un caso confermato o sospetto di Covid-19, negli ultimi 14 giorni precedenti l'odierno;
- non è stato contattato da ATS/ASL in quanto venuto inconsapevolmente a contatto con persone affette da infezione da coronavirus es. viaggio aereo, operatore sanitario o sociosanitario), negli ultimi 14 giorni precedenti l'odierno;
- non è stato sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19.

Il Medico curante (MMG):

Cognome _____ Nome _____

Recapito telefonico studio _____ Cellulare _____

Cod. reg. medico _____

DICHIARA che la persona versa in condizioni di autosufficienza.

Data _____

_____ timbro e firma MMG

SCALA IADL – (Instrumental Activities Of Daily Living Scale)

(Da compilarsi a cura dell'OSPITE o del FAMILIARE DI RIFERIMENTO)

CAPACITA' DI USARE IL TELEFONO	
<input type="checkbox"/> Usa il telefono di propria iniziativa (alza la cornetta, compone il numero.....)	
<input type="checkbox"/> Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	
<input type="checkbox"/> Risponde al telefono ma non è capace di comporre i numeri	
<input type="checkbox"/> Rifiuto - non applicabile – non in grado	

FARE ACQUISTI	
<input type="checkbox"/> Fa tutte le proprie spese senza aiuto	
<input type="checkbox"/> Fa piccoli acquisti senza aiuto	
<input type="checkbox"/> Ha bisogno di essere accompagnato ogni volta che deve acquistare qualcosa	
<input type="checkbox"/> Rifiuto - non applicabile– non in grado	

MEZZI DI TRASPORTO	
<input type="checkbox"/> Si sposta da solo utilizzando i mezzi pubblici o guidando la propria auto	
<input type="checkbox"/> Per spostarsi usa il taxi, ma non i mezzi pubblici	
<input type="checkbox"/> Usa i mezzi pubblici se assistito o accompagnato da qualcuno	
<input type="checkbox"/> Può spostarsi soltanto in taxi o in auto con l'assistenza di qualcuno	
<input type="checkbox"/> Rifiuto - non applicabile– non in grado	

RESPONSABILITÀ NELL'USO DEI MEDICINALI	
<input type="checkbox"/> Assume i medicinali prescritti nelle dosi giuste e negli orari corretti	
<input type="checkbox"/> Assume i medicinali solo se preparati in anticipo in dosi separate	
<input type="checkbox"/> Rifiuto - non applicabile– non in grado	

Il compilatore:

Cognome _____ Nome _____

in qualità di _____

Data _____ Firma _____

INDICE DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE (A.D.L.)

(Da compilarsi a cura dell'OSPITE o del FAMILIARE DI RIFERIMENTO)

Lavarsi	
<input type="checkbox"/> Autonomo	
<input type="checkbox"/> Riceve assistenza parziale	
<input type="checkbox"/> Riceve assistenza completa	
Vestirsi	
<input type="checkbox"/> Prende i vestiti e si veste completamente senza aiuto	
<input type="checkbox"/> Prende i vestiti e si veste completamente senza aiuto, eccetto che per legare le scarpe	
<input type="checkbox"/> Riceve aiuto nel prendere i vestiti e nell'indossarli, altrimenti rimane parzialmente o completamente svestito	
Uso dei servizi	
<input type="checkbox"/> Va ai servizi, si pulisce e si sistema gli abiti (utilizzando anche presidi di sostegno come il bastone, il girello, o la sedia a rotelle e può gestirsi la padella per la notte o la comoda vuotandola al mattino)	
<input type="checkbox"/> Riceve aiuto per andare ai servizi o per pulirsi o per riassetarsi gli abiti	
<input type="checkbox"/> Non si reca ai servizi	
Trasferimento (mobilità)	
<input type="checkbox"/> Entra ed esce dal letto, dalla poltrona, senza aiuto (può utilizzare presidi di sostegno – girello / bastone)	
<input type="checkbox"/> Entra ed esce dal letto, dalla poltrona, con aiuto	
<input type="checkbox"/> Non esce dal letto	
Continenza	
<input type="checkbox"/> Ha completo autocontrollo	
<input type="checkbox"/> Ha occasionalmente degli incidenti	
<input type="checkbox"/> È incontinente – utilizza presidi assorbenti	
Alimentazione	
<input type="checkbox"/> Si alimenta da solo senza aiuto (senza assistenza)	
<input type="checkbox"/> Si alimenta da solo, ma richiede aiuto solo per tagliare la carne o per imburrare il pane o simili	
<input type="checkbox"/> Riceve assistenza nell'alimentarsi	
Camminare	
<input type="checkbox"/> Completamente indipendente	
<input type="checkbox"/> Richiede aiuto minimo (<i>specificare</i> _____)	
<input type="checkbox"/> Richiede aiuto moderato (<i>specificare</i> _____)	

Il compilatore:

Cognome _____ Nome _____

in qualità di _____

Data _____ Firma _____

CONSENSO DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO DI PROPRI DATI PERSONALI,
RELATIVI ALLA SALUTE

Ai sensi del Regolamento Europeo Privacy EU 2016/679

Il sottoscritto Interessato Sig./ra _____

nato a _____ il _____

e residente in _____ via _____

con la firma apposta in calce alla presente attesta:

- di aver preso visione e di accettare l'informativa contenuta nella Carta dei Servizi;
- il proprio libero consenso affinché il Titolare proceda ai trattamenti di propri dati resi.
- il proprio libero consenso affinché il Titolare proceda ai trattamenti dei dati resi per i suoi familiari.

Estende il proprio consenso anche al trattamento dei dati personali sensibili, identificativi, vincolandolo comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta per legge.

Esprime il consenso al trattamento dei dati personali e relativi alla salute e quelli necessari mediante l'utilizzo di appositi strumenti della sanità elettronica (quali dossier sanitario elettronico e fascicolo sanitario elettronico - FSE, Telemedico Servizi di Telemedicina, CBA INFORMATICA Softwarehouse, ATS PAVIA, REGIONE LOMBARDIA,) per le finalità e per la durata precisati nell'informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, che dichiara di averne compreso il contenuto.

Acconsente, inoltre, che possa essere data informazione della presenza in Fondazione e del proprio stato di salute a:

- Coloro che lo richiedono
- Indicare il nome delle persone che lo richiedono _____

- Nessuno

Godiasco Salice Terme, li _____

L'UTENTE/PARENTE
