

Domanda di Accettazione

Il/La sottoscritt _____

Nato/a a il

Residente a dal

Via n. CAP

Stato civile Tel.

CHIEDE di essere ospitato presso questo

Centro Diurno Integrato.

A tal fine allega alla presente una dettagliata relazione sanitaria.

Dichiara inoltre di conoscere ed accettare le condizioni relative alla degenza presso il Centro Diurno Integrato, nonché il regolamento della convivenza presso lo stesso che accetta in ogni sua parte.

Questa domanda è presentata dal/la Sig./ra

In qualità di..... Residente a

Via n.

Tel.

e-mail.....

Ogni notizia in merito alla presente domanda può essere richiesta, *non prima di due mesi dall'inoltro*, al numero telefonico 031/748035 (ufficio amministrativo).

La domanda dovrà essere riconsegnata da chi presenta la richiesta dal Lunedì al Venerdì dalle ore 10.00 alle ore 15.00 alla Sig.ra Villa o alla Sig.ra Bordessa.

Sottoscrivendo la presente domanda nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e della Legge 196/2003 (legge sulla privacy), e delle norme nazionali vigenti in termini di tutela e libera circolazione dei dati personali autorizzo il trattamento dei miei dati personali.

Data _____

Firma _____

PARTE A CURA DEL MEDICO CURANTE

Dati ospite

Sig./ra Età

Città Via n.

Attualmente a: Domicilio: Ospedale: Altro Istituto:

Presenta le seguenti condizioni:

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Cammina da solo | <input type="checkbox"/> | PSICHE | |
| Cammina con aiuto di operatore | <input type="checkbox"/> | Integra | <input type="checkbox"/> |
| Cammina con aiuto di ausili: | | Confusione e disorientamento | <input type="checkbox"/> |
| ▪ walker | <input type="checkbox"/> | Da quanto tempo | |
| ▪ tripode | <input type="checkbox"/> | Fasi di agitazione psicomotoria | <input type="checkbox"/> |
| ▪ bastone | <input type="checkbox"/> | Da quanto tempo | |
| Si sposta con carrozzella | <input type="checkbox"/> | Pregresse malattie psichiche | <input type="checkbox"/> |
| Allettato | <input type="checkbox"/> | Quali: | |
| | | Da quanto tempo | |
| Si lava da solo | <input type="checkbox"/> | Disturbi del comportamento | <input type="checkbox"/> |
| Si lava con aiuto | <input type="checkbox"/> | Quali: | |
| Dipendenza totale | <input type="checkbox"/> | Da quanto tempo | |
| | | SENSORIO | |
| Si veste da solo | <input type="checkbox"/> | Integro | <input type="checkbox"/> |
| Si veste con aiuto | <input type="checkbox"/> | Cecità | <input type="checkbox"/> |
| Dipendenza totale | <input type="checkbox"/> | Sordità | <input type="checkbox"/> |
| | | Mutismo | <input type="checkbox"/> |
| Mangia da solo | <input type="checkbox"/> | Ipoacusia | <input type="checkbox"/> |
| Mangia con aiuto | <input type="checkbox"/> | Disartria | <input type="checkbox"/> |
| Utilizza da solo i servizi | <input type="checkbox"/> | | |
| Utilizza con aiuto i servizi | <input type="checkbox"/> | PIAGHE DA DECUBITO | |
| Dipendenza totale | <input type="checkbox"/> | Assenti | <input type="checkbox"/> |
| | | Presenti | <input type="checkbox"/> |
| CONTINENZA SFINTERI | | | |
| Continenza | <input type="checkbox"/> | | |
| Incontinenza vescicale | <input type="checkbox"/> | | |
| Incontinenza fecale | <input type="checkbox"/> | | |
| Presenza di catetere | <input type="checkbox"/> | | |

RELAZIONE DETTAGLIATA: ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA E PROSSIMA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PATOLOGIE IN ATTO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NECESSITA DI DIETA PARTICOLARE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TERAPIA IN CORSO:

Orari	Dosaggio
h. 8.00	
h. 10.00	
h. 12.00	
h. 14.00	
h. 16.00	

Orario ambulatorio e n. telefonico per la disponibilita' di collaborazione con il C.D.I.:

Orario: N. telefono:

Data

Il Medico curante
(firma e timbro)

E' interessato/a a frequentare il CDI:

- tutti i giorni
- solo nei giorni di: lunedì
 martedì
 mercoledì
 giovedì
 venerdì
- solo metà giornata: mattino
 pomeriggio

E' in grado di provvedere autonomamente al trasporto per e da il CDI?

- NO
- SI a cura del familiare sig. _____
 a cura di altri _____

Qual è il nucleo familiare di appartenenza?

- Vive da solo
- Vive con coniuge
 figli
 altri parenti _____

Chi si occupa prevalentemente dei bisogni primari?

- Alimentazione: pasto a domicilio _____
- Assistenza domestica: _____
- Igiene personale: _____
- Accompagnamenti visite mediche/esami: _____

E' seguito dai Servizi Sociali?

Operatore di riferimento:

Sig.

Tel.

FONDAZIONE PORTA SPINOLA
MARIANO COMENSE
Via Santo Stefano, 28 – 22066 Mariano Comense (CO)
Tel. 031 – 748035 – Fax 031 - 747177
Cod. Fisc. 81008470130 – p. I.V.A. 02418440133

**Documenti da presentare in allegato alla
Domanda di Accettazione**

Fotocopia:

- Documento di identità (valido)
- Codice Fiscale
- Tessera Sanitaria
- Tesserino esenzione dal ticket sanitario
- Verbale di accertamento invalidità
- Accertamenti sanitari e documentazione recente

In originale:

- Certificato di residenza e stato di famiglia (in carta semplice)

Retta giornaliera:

- ✓ dalle 8.30 alle 17.30 : € 30,00
- ✓ dalle 8.30 alle 19.30 : € 35,00 (al momento sospeso)