



## DOMANDA DI AMMISSIONE

- APPARTAMENTO PER PERSONA SOLA
- APPARTAMENTO PER COPPIA
- CAMERA SINGOLA

COGNOME

NOME

VIA E N°

TELEFONO

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA

LUOGO D'ORIGINE

STATO CIVILE

CELIBE       NUBILE

VEDOVA / O       CONIUGATA / O

COGNOME E NOME DEL CONIUGE

INDIRIZZO ATTUALE

TELEFONO

N°AVS

RELIGIONE

CASSA MALATI

SEDE DI:

ULTIMA PROFESSIONE ESERCITATA

MEDICO CURANTE

PRECEDENTI SOGGIORNI O RICOVERI NEI SEGUENTI ISTITUTI:

_____	_____	DAL	AL
_____	_____	DAL	AL
_____	_____	DAL	AL
_____	_____	DAL	AL

**SITUAZIONE FINANZIARIA**

\* N° AVS

Fr.: \_\_\_\_\_

VERSATA DA: \_\_\_\_\_

\* EVENTUALE PRESTAZIONE COMPLEMENTARE

Fr.: \_\_\_\_\_

VERSATA DA: \_\_\_\_\_

\* ALTRE RENDITE (pensione - INSAI - ecc.)

Fr.: \_\_\_\_\_

VERSATA DA: \_\_\_\_\_

**GARANTE**

Garante per il pagamento della retta (qualora il garante non fosse l'ospite medesimo é necessaria la firma del garante)

COGNOME E NOME:

\_\_\_\_\_

INDIRIZZO:

\_\_\_\_\_

TELEFONO:

\_\_\_\_\_

\* ALLEGARE IL PIÙ RECENTE CEDOLINO

**FAMILIARI ED ALTRI PARENTI**

COGNOME E NOME:

\_\_\_\_\_

INDIRIZZO:

\_\_\_\_\_

TELEFONO:

\_\_\_\_\_

GRADO DI PARENTELA:

\_\_\_\_\_

EVENTUALE RAPPRESENTANTE LEGALE:

COGNOME E NOME:

\_\_\_\_\_

INDIRIZZO:

\_\_\_\_\_

TELEFONO:

\_\_\_\_\_

GRADO DI PARENTELA:

\_\_\_\_\_

MOTIVO DELLA RICHIESTA D'AMMISSIONE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATA DESIDERATA PER L'ENTRATA:

OSSERVAZIONI - DESIDERI ECC.:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LUOGO E DATA:

FIRMA:

IL FORMULARIO È DA INVIARE, INSIEME CON IL CERTIFICATO MEDICO A:

CASA PER ANZIANI "AL PAGNOLO"

VIA CREMIGNONE 8

6924 SORENGO

COMUNE DI SORENGO



CASA PER ANZIANI "AL PAGNOLO"

## CERTIFICATO MEDICO

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

STATO CIVILE \_\_\_\_\_

SOFFRE DI UNA MALATTIA CONTAGIOSA? \_\_\_\_\_

IN CASO AFFERMATIVO QUALE? \_\_\_\_\_

SOFFRE DI INFERMITÀ? \_\_\_\_\_

IN CASO AFFERMATIVO QUALE? \_\_\_\_\_

PORTA UNA PROTESI? \_\_\_\_\_

IN CASO AFFERMATIVO QUALE? \_\_\_\_\_

NECESSITA DI CURE SPECIALI? \_\_\_\_\_

IN CASO AFFERMATIVO QUALI? \_\_\_\_\_

### STATO PSICHICO

Indicare con una crocetta ciò che fa al caso

- PSICHE INTATTA
- INTELLETTO LIMITATO MA COLLABORATIVO
- INTELLETTO LIMITATO MA NESSUNA COLLABORAZIONE
- TRANQUILLA/O MA DISORIENTATA/O CONFUSA/O E INCONTINENTE
- DISTURBI PSICHICI ACUTI DEI MALATI CRONICI O IN ETÀ (DEMENTIA SENILE, DISTURBI CARATTERIALI GRAVI)

**STATO FISICO**

- FORTE DIMINUZIONE DELLA CAPACITÀ VISIVA
- FORTE DIMINUZIONE DELLA CAPACITÀ UDITIVA
- DISFAGIA (DISTURBI DELLA DEGLUTIZIONE)
- ESCARE DI DECUBITI
- DISTURBI DELLA PAROLA
- REGIME SPECIALE:
  - SENZA SALE
  - DIABETICO
  - ALTRO
- DISTURBI DEGLI SFINTERI (INCONTINENZA URINARIA, ANALE, SONDA PERMANENTE O ANO ARTIFICIALE)
- TOSSICOMANIA (MEDICAMENTOSA, ALCOOLICA O ALTRO)

**CAPACITÀ MOTORIE (Con eventuali protesi)**

- PUÒ CAMMINARE, SALIRE E SCENDERE LE SCALE, UTILIZZARE MEZZI DI TRASPORTO
- PUÒ CAMMINARE MA È ESCLUSA LA POSSIBILITÀ DI FARE SCALE E UTILIZZARE MEZZI DI TRASPORTO
- PUÒ SPOSTARSI DA SOLA/O IN CARROZZELLA
- PUÒ SPOSTARSI E ALZARSI CON AIUTO
- COSTRETTA/O A LETTO
- PUÒ VESTIRSI DA SOLA/O
- NON PUÒ LAVARSI DA SOLA/O
- NON PUÒ MANGIARE DA SOLA/O

**ALTRE INFORMAZIONI CHE POTREBBERO ESSERE UTILI ALL'ISTITUTO**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

LUOGO E DATA:

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE: