



COMUNE DI SASSARI

Cod. Fisc. 00239740905

SETTORE POLITICHE SOCIALI E PARI OPPORTUNITA' SERVIZIO CASA SERENA

Prot. _____

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a
(prov.....) il..... C.F., Stato Civile
domiciliato/a in via/piazza..... n°

CHIEDE

di essere ammesso alla struttura residenziale per anziani Casa Serena di Sassari in qualità di ospite.

Sotto la propria responsabilità il /la richiedente :

- dichiara di essere residente a Sassari da:

- un anno o più
- meno di un anno

- dichiara di abitare in un alloggio : (barrare solo la casella che interessa)

- in buone condizioni
- in condizioni mediocri o in spazi inadeguati
- malsana o con sfratto esecutivo

oppure

- di abitare in una struttura residenziale per anziani

- Dichiara che in genere riceve assistenza da: (barrare solo la casella che interessa)

- una o più persone che garantiscono un'assistenza continuativa
- una o più persone che garantiscono un'assistenza irregolare o carente
- nessuno anche se ne avrebbe necessità

oppure che

- non necessita di assistenza

- chiede che eventuali comunicazioni che lo/la riguardano vengano trasmesse a:

Nome e cognome	Indirizzo	Numero di telefono	Natura del legame

- autorizza in caso di ricovero, di assenze prolungate e/o decesso la direzione a consegnare i propri effetti personali a:

Nome e cognome	Indirizzo	Numero di telefono	Natura del legame

- autorizza in casi eccezionali (es. necessità di eseguire interventi di manutenzione straordinaria) il personale che presta servizio nella struttura ad entrare nella stanza e/o spostare i propri effetti personali

- si impegna a versare la retta mensile nella misura stabilita con Deliberazione dell'Amministrazione Comunale, comunicare tempestivamente alla Segreteria dell'Istituto eventuali modifiche del proprio reddito e osservare le norme del regolamento della Casa.

Data _____

Firma _____

Documenti da allegare:

- modulo A compilato e sottoscritto (da inserire in busta chiusa)
- certificazione sanitaria rilasciata dal medico di base tramite compilazione del modulo B (da inserire in busta chiusa);
- verbale di invalidità qualora sia stata riconosciuta una invalidità civile.
- foto tessera recente
- fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità
- modello ISEE in corso di validità

Si autorizzano gli operatori del Servizio Casa Serena al trattamento dei propri dati personali ai fini istituzionali dell'ente ai sensi della vigente normativa in materia di privacy.

Data _____

Firma _____

Modulo B

CERTIFICAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DEL PAZIENTE

Paziente

Medico Curante

Nome _____
Cognome _____
nato a _____
il _____
residente a _____
in via _____ n. _____
Telefono _____

Nome _____
Cognome _____
nato a _____
il _____
ambulatorio a _____
in via _____ n. _____
Telefono _____

Si certifica che in data _____ il /la Signor/a _____, del/a quale il sottoscritto è medico curante dall'anno _____; è stato sottoposto a visita medica volta a valutare le condizioni generali di salute.

Nel corso di tale visita e in base alla documentazione esibita dal paziente si è potuto accertare quanto segue:

il paziente ha problemi di incontinenza che rendono necessario l'uso di panni.(se la risposta è affermativa specificare se è in grado di provvedervi autonomamente _____)

il paziente ha necessità di essere imboccato.

il paziente è in grado di provvedere autonomamente alla propria igiene personale.

il paziente ha difficoltà di deambulazione.

il paziente è in grado di indossare gli indumenti da solo

il paziente ha problemi di insonnia.

il paziente ha disfunzioni relative all'apparato oftalmico.(Se sì quali? _____)

il paziente ha disfunzioni relative all'apparato-uditivo. (Se sì quali? _____)

il paziente ha problemi di dipendenze. (Se sì quali ? _____)

Le condizioni psichiche del paziente in relazione alla memoria, all'orientamento e all'affettività sono le seguenti:

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

ESAME OBIETTIVO

Aspetto _____ Peso _____ Altezza _____
Pressione arteriosa _____ Polso _____

Torace

Cuore

Addome

Apparato -Locomotore

Altro

Si rende la seguente valutazione sullo stato generale di salute del paziente e sul suo grado di autosufficienza:

Data _____

Firma _____

Elenco dei referti di visite mediche e di esami emato-chimici e strumentali da allegare alla domanda:

Emocromo completo, Funzionalità Epatica, Funzionalità renale, Elettroliti, G6PD, HBSAg; HCV; HIV, Visita Neurologica, ECG, Visita Cardiologia, RX Torace

I referti di cui sopra devono essere di data non anteriore ai tre mesi. Le visite mediche devono essere effettuate da un medico specialista che lavori in una struttura sanitaria pubblica o convenzionato con la stessa.