

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE		DRQ001-O-001	
	DOMANDA DI AMMISSIONE		Rev.00 del 01/02/2016	Pag. 1 di 3

Residenza "SAN DOMENICO" di Agognate
Tel. 0321/623389 – Fax ____/____ email rsasandomenico@sanpioscs.it

Il sottoscritto/a _____ / _____
 (Cognome) (Nome)
 Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
 via _____ n° _____

Chiede di essere accolto presso la Residenza _____ di _____ in una:

Stanza singola RAA Stanza singola RA Stanza RSA Doppia
 Stanza doppia RAA Stanza doppia RA

Stato civile: CELIBE/NUBILE CONIUGATO/VEDOVO di _____

ASL di appartenenza _____

Tessera Sanitaria n° _____

Codice Fiscale _____

Medico di Medicina Generale (M.M.G.) _____ tel.: _____

Assegno di accompagnamento: SI NO DOMANDA IN CORSO

Esenzione Ticket: _____

Eventuale Tutore, Amministratore di sostegno...: _____

Modalità nella gestione dei farmaci:

- Gestione in autonomia (l'ospite o chi per esso si occupa di provvedere all'approvvigionamento dei farmaci, prescrizioni mediche, prenotazione delle visite, accompagnamento alle visite).
- Gestione interna e/o convenzionata (l'infermiere su prescrizione medica provvede direttamente alla fornitura dei farmaci, prescrizioni mediche, prenotazione delle visite, prenotazioni per il trasporto alle visite).

Famigliari e/o persone di riferimento				
Nome Cognome	Grado Parentela	Residente a	Indirizzo	Telefono

DATA _____

FIRMA _____

 SAN PIO Società Cooperativa Sociale	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE	DRQ001-O-001	
	DOMANDA DI AMMISSIONE	Rev.00 del 01/02/2016	Pag. 2 di 3

DOCUMENTAZIONE E DOTAZIONE NECESSARIE ALL'ATTO DELL'INSERIMENTO

SIGNOR/A _____

- DOCUMENTO PERSONALE DI RICONOSCIMENTO MUNITO DI FOTOGRAFIA; (es. Carta d'identità)
- DOCUMENTO ESENZIONE TICKET DALLA SPESA SANITARIA SE IN POSSESSO
- VERBALE DI INVALIDITA' E VERBALE COMMISSIONE U.V.G. SE IN POSSESSO
- TESSERA SANITARIA CON CODICE FISCALE
- CARTELLE CLINICHE E DOCUMENTAZIONE SANITARIA
- CERTIFICATO MEDICO DI ASSENZA MALATTIE INFETTIVE (vedi Relazione Sanitaria)
- SCHEDE TERAPIA COMPILATE E FIRMATE DAL M.M.G O DAL MEDICO CHE SOTTOSCRIVE LA LETTERA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA, AGGIORNATA AL GIORNO PRECEDENTE L'INSERIMENTO IN STRUTTURA E UNA CONFEZIONE PER CIASCUN FARMACO PRESCRITTO
- PANNOLONI E/O ALTRI AUSILI, SE GIA' IN DOTAZIONE A DOMICILIO
- TESSERA ELETTORALE

CORREDO DELL'OSPITE RICHIESTO:

Ad ogni indumento deve corrispondere un numero assegnato o l'etichetta nominativa.

BUSTA (in plastica o simile) da bagno con:

- * Pettine
- * Spazzola
- * Dentifricio + spazzolino
- * Porta dentiera e pastiglie per il lavaggio se utilizza una protesi dentaria
- * Colonia, creme o trucchi (per le donne)
- * Rasoio, colonia (per gli uomini)

CALZATURE

- * Pantofole con suola antiscivolo e cerniera (possibilmente a collo alto) per l'inverno
- * Scarpe da ginnastica o meglio sandali che siano chiusi o con velcro o allacciati dietro-fianco sempre con soles antiscivolo per l'estate.

ABITI

I Capi devono essere possibilmente in cotone, cotone felpato o misto lana

- * Indumenti intimi: canottiere per ogni stagione, calze, mutande se non usano il pannolone (almeno 6 per tipo)
- * Pigiami o camice da notte (almeno 4 cambi per stagione)
- * Vestaglia, giacca da camera
- * Camicie, pantaloni, gonne o vestiti e tute da ginnastica.

SONO IN DOTAZIONE: tovaglioli, bavagli, lenzuola, federe ed asciugamani.

ELENCO BENI PERSONALI (LIBRI, OGGETTISTICA, ARREDAMENTO)
SIGNOR/RA: _____

Data entrata	N° assegnato/ segni particolari	Descrizione	Data uscita	Motivo uscita	Firma Ospite o Tutore	Firma Direttore