

RICHIESTA DI AMMISSIONE

Presentata dalla ASL N. _____ Zona _____, con sede in _____,

Via _____ n. _____, tel. _____ / _____ Tel. Fax _____ / _____

In persona del (Qualifica) _____ Nome _____ Cognome _____

DATA di presentazione della RICHIESTA di AMMISSIONE ____/____/____

Dati della persona di cui si chiede l'inserimento in struttura:

Nome..... Cognome.....

Sesso M F - Nome/cognome eventuale coniuge

Nato/a a Prov..... il ____/____/____

Residente.....Prov..... Via.....

Cittadinanza..... ASL di residenza

Interdetto o Inabilitato SI NO

E' stato nominato un 1) Tutore SI NO 2) Amministratore di sostegno SI NO

Nella Persona di _____, Indirizzo _____

Comune _____ Telefono _____ / _____

Scolarità: nessuna elementari medie inferiori medie superiori università

Eventuale professione svolta in passato

Stato civile: 1 celibe/nubile 2 coniugato/a 3 separato/a 4 divorziato/a
5 vedovo/a 6 non dichiarato

Numero figli maschi: Numero figlie femmine:

Religione: nessuna professa la religione: cattolica altra religione

Codice Fiscale Tessera Sanitaria.....

Tipo di domanda: 1 Nuova domanda 2 Domanda presentata in precedenza

Motivo della domanda: 0 Dato non rilevato 1 Ha perso l'autonomia fisica/psichica
 2 La famiglia non è in grado di provvedere 3 Vive solo
 4 L'alloggio è inadatto 9 Altro (Specificare)

Iniziativa della domanda: 0 Dato non rilevato 1 Soggetto stesso
 2 Familiare o affine 3 Assistente sociale o altri servizi
 4 Medico 5 Tutore 9 Altro (specificare)

Tipologia Assistenziale: 1 Ricovero ordinario 2 ricovero di sollievo
 3 Ricovero di emergenza o pronto intervento

Soggetto con assegno di accompagnamento: Dato non rilevato Si
 No domanda presentata No

Soggetto con pensione di invalidità civile: Dato non rilevato Si
 No domanda presentata No

Provenienza Ospite: 1 Soggetto che accede direttamente alla struttura dal domicilio
 2 Soggetto in dimissione da struttura psichiatrica
 3 Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) accreditata
 4 Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) non accreditata
 5 Soggetto in dimissione da Istituto di riabilitazione
 6 Soggetto in dimissione da altro regime o tipologia (Centro diurno integrato – ricovero a pagamento – ricovero di sollievo – emergenza o pronto intervento)
 7 Soggetto in dimissione da altra struttura (Centro diurno integrato e ricovero a pagamento – ricovero di sollievo – emergenza o pronto intervento in altre RSA)
 8 Altro (specificare) _____

Onere della retta: 1 SSR (a totale carico del Servizio Sanitario Regionale – dimessi da Ospedali).
 2 Differenza a carico del comune.
 3 Differenza a carico dell'ospite.
 4 Differenza sia a carico del comune che dell'ospite.
 5 A totale carico dell'ospite.
 6 Differenza a carico di altri Enti.

Ulteriori notizie e precisazioni che la A.S.L. richiedente intende riportare per una migliore valutazione e comprensione delle caratteristiche del soggetto, onde facilitare il suo positivo inserimento in struttura

Figure professionali di riferimento:

Presso ASL richiedente Nome/cognome	Tel.	E-mail
Qualifica	Tel. Fax	
Sede		
Assistente Sociale che ha in carico il soggetto Nome/cognome	Tel.	E-mail
Sede	Tel. Fax	
Medico psichiatra che ha in carico il soggetto Nome/cognome	Tel.	E-mail
Sede	Tel. Fax	
Eventuali altre figure professionali Nome/cognome	Tel.	E-mail
Sede	Tel. Fax	

Persone/Parenti di riferimento:

Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.

Informativa D.Lgs 196/03: I dati personali raccolti con questa scheda sono trattati al fine esclusivo della formulazione della lista di attesa e dell'iter di ingresso in struttura con modalità, anche automatizzate strettamente necessarie a tale scopo. Il conferimento dei dati è facoltativo: in mancanza tuttavia non potremo dar corso al servizio. Titolare del trattamento è il Direttore Amministrativo della Struttura cui la presente è rivolta, al quale potrà rivolgersi per esercitare i diritti di cui accesso, correzione, opposizione a specifici trattamenti, ecc.

Per i dati necessari e sufficienti, è possibile, in taluni casi doveroso, che ne sia data comunicazione a:

- A.S.L., Assessorato regionale alla sanità, Assicurazioni ed enti previdenziali per ragioni amministrative;
- Organi preposti alla vigilanza in materia sanitaria, polizia giudiziaria, per ragioni ispettive o per la stesura di certificazioni e referti; Altre strutture sanitarie per la richiesta di particolari accertamenti ed analisi

Consenso: Letta l'informativa, consento espressamente al trattamento dei dati personali del richiedente e del soggetto per il quale la presente è formulata, per la gestione della domanda d'ingresso, e per le azioni connesse, come sopra specificato.

FIRMA Direttore/Funzionario/Altro
E TIMBRO ASL Richiedente

In allegato: relazione socio – sanitaria , contenente tutte le notizie sul decorso della patologia e lo stato attuale della stessa.

La trasmissione della stessa dovrà avvenire a mezzo fax al n° 0575/684065 all' attenzione del Responsabile di Strutture Fiorenzi Giorgio.