

**CASA RELIGIOSA
BUGNANO SARDI**

SCHEDA DI DOMANDA

COD.: C01

REV.: 00

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ e residente in _____ CAP _____

in via _____ n° _____ telefono _____ cellulare _____

Rivolge rispettosa domanda di ammissione in codesta Casa si Riposo in camera da n° ____ letti

per il seguente familiare: _____

nato/a il _____ a _____ e residente a _____

CAP _____ in via _____ n° _____

coniugato/a con _____ vedovo/a di _____

codice fiscale _____

grado di parentela con il richiedente _____

Si impegna a :

Provvedere a tutte le pratiche necessarie per il mantenimento nella struttura

Provvedere al pagamento della retta mensile (come da contratto di ospitalità che sarà controfirmato per accettazione)

Provvedere al pagamento delle spese necessarie non comprese nella retta, come specificato nella carta dei servizi che sarà consegnata e controfirmata per accettazione dal sottoscritto.

Si allega alla presente domanda, copia di un documento di riconoscimento valido del sottoscritto e della persona che entrerà nella struttura.

Chiede inoltre che la fattura e tutta la documentazione contabile/amministrativa venga inviata al seguente indirizzo (se diverso dall'indirizzo del garante):

Cognome e nome.....

Indirizzo.....comune.....cap.....

Per le informazioni relative al ricoverando fornisce i seguenti recapiti:

Sig. _____ Residente a _____ cap _____

In via _____ n° _____ Telefono _____ cellulare _____

Grado di parentela con il ricoverando _____

Sig. _____ Residente a _____ cap _____

In via _____ n° _____ Telefono _____ cellulare _____

Grado di parentela con il ricoverando _____

Antignano, Il richiedente _____

CASA RELIGIOSA BUGNANO SARDI		SCHEDA MEDICA
COD.: C02	REV.: 00	

OSPITE Sig.	
-------------	--

A CURA DEL MEDICO CURANTE

<p style="text-align: center;">PROVENIENZA</p> <p>DOMICILIO OSPEDALE (Reparto) ⇒ _____ CASA DI CURA (Reparto) ⇒ _____ CASA DI RIPOSO (Tipo) ⇒ _____</p>	<p style="text-align: center;">CONDIZIONI GENERALI</p> <p>BUONE DISCRETE SCADENTI</p>												
<p style="text-align: center;">STATO MENTALE</p> <p>LUCIDO APATICO CONFUSO AGITATO</p>	<p style="text-align: center;">ATTIVITA'</p> <p>NORMALE CAMMINA CON AIUTO COSTRETTO SU SEDIA COSTRETTO A LETTO</p>												
<p>INCONTINENZA</p> <p>CONTINENTE INCONTINENTE PER L'URINA (Specificare se portatore di catetere vescicale) ⇒ _____ DOPPIA INCONTINENZA</p>													
<p>AUTOSUFFICIENZA</p>													
<p>PIENA E COMPLETA SEMIDIPENDENTE TOTALMENTE DIPENDENTE</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%;">SI VESTE E SI SVESTE DA SOLO</td> <td style="width: 10%;">SI'</td> <td style="width: 20%;">NO</td> </tr> <tr> <td>SI LAVA DA SOLO</td> <td>SI'</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>SI ALIMENTA DA SOLO</td> <td>SI'</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>VA IN BAGNO DA SOLO</td> <td>SI'</td> <td>NO</td> </tr> </table>	SI VESTE E SI SVESTE DA SOLO	SI'	NO	SI LAVA DA SOLO	SI'	NO	SI ALIMENTA DA SOLO	SI'	NO	VA IN BAGNO DA SOLO	SI'	NO
SI VESTE E SI SVESTE DA SOLO	SI'	NO											
SI LAVA DA SOLO	SI'	NO											
SI ALIMENTA DA SOLO	SI'	NO											
VA IN BAGNO DA SOLO	SI'	NO											
<p>ALTRE INFORMAZIONI</p> <p>Patologie croniche in atto SI' NO Descrivere _____ Portatore di protesi SI' NO Descrivere _____ Intossicazioni croniche (alcool ecc.) SI' NO Descrivere _____ Allergie alimentari e farmacologiche SI' NO Descrivere _____ Diete particolari SI' NO Descrivere _____ Terapia farmacologica in atto SI' NO Allegare documentazione a parte, su ricettario personale, indicando patologia e durata, indicando posologia e durata, effettiva o presunta , del trattamento.</p> <p>_____</p>													

Il sottoscritto, in qualità di medico curante, dichiara che il richiedente non e' attualmente affetto da malattie infettive, contagiose o comunque trasmissibili o da deficit psichici tali da impedire di vivere in comunità.

_____ , _____

IL MEDICO CURANTE

LA RETTA MENSILE COMPRENDE

- Servizio alberghiero: pulizia delle camere con cambio di lenzuola
- Ristorazione: colazione, pranzo, merenda e cena; sono comprese anche le bevande (acqua minerale e vino); sono previste anche diete personalizzate su prescrizione medica
- Interventi assistenziali rivolti all'igiene personale ed ambientale, vestizione, mobilitazione, nutrizione, accompagnamento negli spazi comuni.
- Controllo, sorveglianza e protezione degli ospiti svolta da personale operante presso la struttura sia in orario diurno che notturno; servizio infermieristico diurno, in rapporto alla necessità degli ospiti con livelli di limitata autosufficienza.
- Animazione
- Riscaldamento

LA RETTA MENSILE NON COMPRENDE

- Il canone di abbonamento per la televisione in camera
- Le spese telefoniche
- Le spese mediche, farmacologiche, i tickets
- I trasporti per le visite mediche e ricoveri ospedalieri
- Le visite specialistiche
- Le spese per parrucchiere e callista
- Le spese per l'acquisto dell'abbigliamento dell'ospite
- Il servizio di lavanderia

Tariffario con decorrenza 01/05/2018

Retta	Descrizione	Assistenza	Importo
Tipo 0	Pienamente autosufficiente	Livello 0	€ 1.370,00
Tipo 1	Lievemente Autosufficiente	Livello 1	€ 1.460,00
Tipo 2	Parzialmente Autosufficiente	Livello 2	€ 1.550,00
Tipo 3	Parzialmente Autosufficiente	Livello 3	€ 1.640,00
Tipo 4	Parzialmente Autosufficiente	Livello 4	€ 1.730,00
	Servizi aggiuntivi		Importo
	Lavanderia		€ 30,00

IL PRESIDENTE
Don Pietro Torchio

CASA RELIGIOSA BUGNANO SARDI		RICHIESTA DOCUMENTI E BIANCHERIA
COD.: C05	REV.: 00	

OSPITE SIG.

Al momento dell'ingresso, l'ospite o il suo familiare è tenuto a presentare:

- Codice fiscale
- Carta di identità valida
- Tessera sanitaria
- Tessera sanitaria europea
- Eventuali dichiarazioni di esenzione ticket
- La documentazione sanitaria (cartella clinica o relazione medica e terapia Farmacologica)
- Altro _____

Per una funzionale gestione della biancheria dell'Ospite, si consiglia la seguente dotazione identificata con il N° LAVANDERIA

QUANTITA' RICHIESTA	DESCRIZIONE		STATO	VARIAZIONI
3	Cambi di lenzuola			
3	Asciugamani spugna viso			
3	Asciugamani bidet			
3	Camice da notte/pigiama stagionali			
6	Mutande in cotone			
3	Canottiere estive in cotone			
3	Canottiere invernali			
3	Maglie estive			
3	Maglie invernali			
3 cambi	Tute o abbigliamento stagionale			
3	Calze estive			
3	Calze invernali			
1	Portadentiera			
1	Spazzolino + dentifricio			
1	Pantofole estive o ciabatte			
1	Pantofole invernali senza lacci			
	Necessario per toeletta			
DATA RICEVIMENTO: 06/06/2011		FIRMA OSPITE		FIRMA OSS:

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

a _____ , provincia di _____, residente in _____

provincia di _____, via _____

codice fiscale _____

e per suo conto il garante Sig. _____

esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali da parte della Casa Religiosa BUGNANO SARDI e dei suoi incaricati, dopo aver preso visione dell'informativa riservata all'interessato, ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Legge sulla Privacy".

Antignano,

Firma _____

Il/la sottoscritto/a, come sopra generalizzato, esprime il proprio consenso all'esposizione e/o alla riproduzione dell'immagine della propria persona, anche se trattasi di ritratto e/o primo piano, quando l'immagine sia riconducibile a occasioni di manifestazioni e/o avvenimenti organizzati nell'ambito della struttura di lavoro.

Antignano,

Firma _____

Titolare del trattamento dei dati personali:

- ***Casa Religiosa Bugnano Sardi***

Responsabile dati:

- ***Legale rappresentante Don Pietro Torchio***

Incaricato trattamento dati:

- ***Don Pietro Torchio***

INFORMATIVA SPETTANTE ALL'INTERESSATO

a) Finalità e modalità del trattamento dati

La finalità del trattamento dei dati è ricollegabile alla possibilità che questi siano archiviati onde poter semplificare operazioni di tipo contabile ed amministrativo.

b) Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati

La natura del conferimento è assolutamente facoltativa.

c) Conseguenze dell'eventuale rifiuto a rispondere

Non vi sono conseguenze in caso di rifiuto a rispondere. Sotto il profilo pratico si renderebbe però più difficoltoso procedere alle operazioni menzionate alla lettera a).

d) Soggetti ai quali i dati possono essere comunicati

I dati saranno utili solo all'interno della società, per procedere alle operazioni indicate nella lettera a). Non saranno comunicati per ricerche o studi. Potranno però essere comunicati nel caso in cui si debba adempiere ad un obbligo di legge (es. ad Agenzie delle Entrate, Asl).

e) Diritto dell'interessato

L'interessato ha diritto all'accesso ai propri dati, ad avere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano.

L'interessato ha il diritto di rettifica, aggiornamento ed integrazione dei dati, la facoltà di chiederne la cancellazione o la trasformazione in forma anonima.

Il titolare del trattamento è tenuto ad agevolare l'accesso ai dati da parte dell'interessato.

I dati possono essere comunicati oralmente, offerti in visione mediante supporti elettronici, trasposti su rapporto cartaceo (su richiesta dell'interessato), inviati in via telematica: l'importante è che siano totalmente comprensibili.

Il diritto di ottenere informazioni relative ai dati non riguarda i dati di terzi, a meno che la loro assenza pregiudichi la comprensione di essi da parte dell'interessato.

**Il Presidente
Don Pietro Torchio**