

DOMANDA D'AMMISSIONE

A. Dati personali

1. Cognome _____
2. Nome _____
3. Luogo di nascita _____
4. Data di nascita _____
5. Attinenza _____
6. Nazionalità _____
7. Stato civile _____
8. Cognome e nome del coniuge _____
9. Domicilio _____
10. Nr. AVS _____
11. Religione _____
12. Ex professione _____
13. Formazione _____

B. Dati amministrativi - sanitari

1. Assicuratore malattia _____
2. Nr. assicurato assicurazione malattia _____
3. Nr. tessera assicurazione malattia _____
4. Validità tessera assicurazione malattia _____
5. Medico curante _____

C. Persone di riferimento della persona richiedente

1. Grado di parentela	_____
Cognome e nome	_____
Indirizzo	_____
Tel.	_____
E-mail	_____
2. Grado di parentela	_____
Cognome e nome	_____
Indirizzo	_____
Tel.	_____
E-mail	_____
3. Grado di parentela	_____
Cognome e nome	_____
Indirizzo	_____
Tel.	_____
E-mail	_____
4. Grado di parentela	_____
Cognome e nome	_____
Indirizzo	_____
Tel.	_____
E-mail	_____

**In caso di comunicazione urgente
chiamare la persona di riferimento numero** **1** **2** **3** **4**

D. Rappresentante legale (se esistente)

Grado di parentela	_____
Cognome e nome	_____
Indirizzo	_____
Tel.	_____
E-mail	_____

E. Tipo di richiesta

Soggiorno permanente

Richiesta: Urgente Preventiva

Soggiorno temporaneo

Periodo richiesta: _____ (max 3 mesi)

F. Motivo della richiesta

Salute

Sociale, solitudine

Barriere architettoniche

Altro _____

G. Il paziente si trova attualmente

Al suo domicilio _____

Presso familiari/amici _____

In casa anziani

nome _____

Ospedale/Clinica

nome _____

Seguito da aiuto domiciliare

nome _____

Altro _____

H. Attività di vita quotidiana

	Da solo/a	Aiuto parziale	Totalmente dipendente	Mezzi ausiliari usati
Si veste/sveste				_____
Igiene personale				_____
Usa WC				_____
Si alza/siede				_____
Trasferimento letto-sedia				_____
Cammina				_____
Fa le scale				_____
Si alimenta				_____

I. Dieta

Normale

Vegetariana

Vegana

Diabetica

Altro / Intolleranze alimentari _____

J. Diagnosi (scrivere di seguito o allegare rapporto stampato)

K. Terapia attuale (scrivere di seguito o allegare rapporto stampato)

L. Stato psichico

Tranquillo/a

Agitato/a

M. Stato cognitivo

Orientato/a

Confuso/a

Demenza nota

MMS

Clock-test

N. Continenza

Continente

Incontinente urine

Incontinente feci

Catetere fisso

O. Decisioni di fine vita/direttive anticipate

Assenti

Presenti (per favore allegare copia)

Cognome e nome di chi ha compilato la richiesta

Data

Firma

Firmando dichiaro la veridicità delle informazioni fornite.

Il formulario è da inviare tramite posta, fax o e-mail a:

Istituto per Anziani San Carlo

Via in Selva 22

CH-6600 Locarno

Fax 091 756 28 40

E-mail info@istitutosancarlo.ch