

DOMANDA DI INSERIMENTO

De. Reg. 006484 del 23/01/08
Cod. Reg. Struttura: 048501

Ill.mo Direttore
Residenza Sanitaria
Assistenziale Santa Lucia
Via Vepra 2
20144 MILANO

Data _____

OGGETTO: Domanda di inserimento alla Residenza Sanitaria Assistenziale Santa Lucia

Il sottoscritto (familiare/garante):

Cognome	Nome	
Indirizzo		
Città	Cap.	Prov.
Data di nascita	Luogo di nascita	Telefono/Cellulare
Codice Fiscale	Carta Identità n.	
Comune e data di rilascio		

Chiede per il proprio familiare (o in caso di tutore per il proprio tutelato)
l'inserimento presso la Residenza Sanitaria Assistenziale Santa Lucia

Cognome	Nome		
Luogo di Nascita	Data di Nascita		
Indirizzo di Residenza			
Città	Cap.	Prov.	Telefono
Codice Fiscale	Codice Assistito ASL n°		
Invalidità	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Codice:	Data di rilascio:
Tipo di Pensione (minima/anzianità/vecchiaia...)			
Livello di istruzione		Professione svolta	
Ricovero Temporaneo	Camera Doppia	Camera Singola	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Motivo della Domanda:

INTESTATARIO FATTURA:

Ospite

Familiare Nome _____ Cognome _____

Garante Nome _____ Cognome _____

Amministratore di Sostegno: Nome _____ Cognome _____

STATO CIVILE:

coniugata/o

divorziato

separato

libero

nubile/celibe

separata/o

vedova/o

religiosa/o

altro: _____

RETE SOCIALE:

Figli n°: _____ maschi _____ femmine _____

fratelli n°: _____

sorelle n°: _____

altri familiari di riferimento: _____

Servizi Territoriali (usufruiti)

C.M.A.

Cure palliative

S.A.D.

A.D.I.

Ausili/Presidii (usufruiti)

Ausili e Presidi per la locomozione (carrozine, stabilizzatori) erogati dall'ASL

Protesi acustiche, fonetiche e presidi comunicazione erogati dall'ASL

Protesi oculari e presidi per non vedenti e ipovedenti erogati dall'ASL

Ausili antidecubito e letti ortopedici erogati dall'ASL

Stomie e presidi per incontinenza a raccolta erogati dall'ASL

Prodotti per incontinenza ad assorbenza erogati dall'ASL

Come è venuta a conoscenza della struttura:

- Assistente Sociale
- Passaparola
- Medico
- Pubblicità
- Internet

Ai sensi dell'art.10 della D.L.gs.196 del 2003 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione, informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo.

COMPILAZIONE A CURA DELL'UFFICIO CLIENTI

Provenienza:

Casa

Ospedale

Altra struttura _____

Iniziativa della Domanda:

Il soggetto stesso

Familiari o affini

Assistente Sociale

Medico

Altro _____

Contesto decisionale in cui è maturato il ricovero in R.S.A.:

Aspettative di "Care":

Documento redatto per uso di **SEGESTA**. Sono proibite la riproduzione e/o la cessione a terzi, nonché l'utilizzo o la copia, ANCHE PARZIALI.