

Data richiesta: _____

Casa anziani

Centro terapeutico

Urgente

Poco urgente

Per un futuro

Data di ammissione prevista: _____

Doppia

Singola

Unità diurna

Temporanea

Definitiva

Unità notturna

Aspettative dal centro/casa: _____

Provenienza: _____

fino al: _____

Generalità ospite:

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____

Nazionalità: _____

Indirizzo/domicilio: _____

Tel.: _____

Di/fu: _____

Attinenza: _____

Persone di riferimento:

Persona di riferim.

Rappresentante legale (nominato da tutoria) si no

Indirizzo: _____

Tel.: _____

Grado paren.: _____

Altri parenti _____

Indirizzo: _____

Tel.: _____

Grado paren.: _____

Altri parenti _____

Indirizzo: _____

Tel.: _____

Grado paren.: _____

Medico curante: _____

Indirizzo: _____

Tel.: _____

Cassa malati _____

Sede _____

Nr. Assicurato: _____

Patologie:

- Indipendente
- Si lava da solo
- Si veste da solo
- Mangia da solo
- Cammina da solo
- Lucido

- Dipendente
- Incontinente
- Uso del bastone/girello
- Uso della sedia a rotelle
- Ictus
- Diabete

- Confuso/leggermente disorientato
- Alzheimer 1 2 3
- Depressione
- Psichiatria
- Oncologia
- Cardiopatico
- Problemi respiratori

Altre patologie:

Osservazioni:

Responsabilità civile si no
 Prestazione complementare si no
 Assegno grande Invalido si no tipo: _____
 Prestazione ass. cure a domic. si no
 No. AVS/AI si no

Professione: _____
 Confessione: _____
 Stato civile: _____
 Nome coniuge (è/fu): _____
 Luogo di nascita _____