

PIA CASA MONS. CASTAGNETTI - ONLUS

Casa Protetta – Casa di Riposo

Viale Castagnetti 50

29010 PIANELLO V.T. (PC)

Tel. 0523 99 80 80 - Fax. 0523 99 72 52

e-mail: info@castagnetti.net

PIANELLO V.T.,

DOMANDA DI AMMISSIONE**A) INFORMAZIONI GENERALI**COGNOME NOME SESSO M F DATA NASCITA

LUOGO NASCITA TEL. CELL.

RESIDENZA

STATO CIVILE PROFESSIONE FIGLI N° M F

FIGLI CON NUCLEO FAMILIARE. FIGLI SENZA NUCLEO FAMILIARE..... TITOLO DI STUDIO:

PARENTI AI QUALI RIVOLGERSI PER COMUNICAZIONI:

1) TIPO DI PARENTELA COGNOME E NOME

INDIRIZZO..... TEL..... CELL.....

2) TIPO DI PARENTELA COGNOME E NOME

INDIRIZZO TEL. CELL.

B) INFORMAZIONI SOCIO-SANITARIE

MEDICO CURANTE..... DI USL N° DI

ESENZIONE TICKET NO SI ETA' INVALIDITA' PATOLOGIAINVALIDITA' CIVILE NO SI PARZIALE% TOTALE

PRESENTATA IL RICONOSCIUTA IL INCASSATA IL ALTRE INVALIDITA'

ASSISTITO DA STRUTTURE TERRITORIALI QUALI

C) INFORMAZIONI ECONOMICHE

REDDITI DA PENSIONE 1) 2) 3) ALTRI REDDITI

TOTALE REDDITO MESE LA RETTA VERRA' PAGATA DA

D) INFORMAZIONI SPECIFICHECONDIZIONI PSICHICHE INTEGRE CONFUSIONE E DISORIENTAMENTO MENTALE DEMENZA SENILE AGITAZIONE PSICOMOTORIACONDIZIONI FISICHE 1) URINE → INCONTINENTE CATETERE CONTINENTE2) FECI → INCONTINENTE CONTINENTE3) ULCERE DA DECUB. → MULTIPLE GRAVI INIZIALI ASSENTI

4) PESOKG. ALTRE INFORMAZIONI

PATOLOGIE DIABETE ALZHAIMER PARKINSON NECESSITA' ASSIST. ALIMENTAZIONE AUTONOMA PARZIAL. AUTONOMA CON AIUTO DI PERSONADEAMBULAZIONE AUTONOMA CON AIUTO IN CARROZZELLA ALLETTATASI LAVAVA DA SOLO/A SI NO FA IL BAGNO DA SOLO/A SI NO

CURE INFERMIERISTICHE NECESSARIE:

ANNOTAZIONI AGGIUNTIVE: