

Cooperativa sociale la casa dei nonni
Sede Legale Via de Gasperi n 9
Corteolona e Genzone cap 27014
Tel e Fax: 0382-1859886
Sede operativa Via Elena Cazzulani 13-15
Lodi Vecchio Cap 26855
Tel e Fax: 0371-1989534
P.iva 02619030188
Cell 3387185496 Virginia

E-mail: lacasadeinonnicoopsoc@gmail.com
E-mail: amministarzione@villavirginiapavia.it
Mail Pec: larivieracoop@pec.it
Web site: www.villavirginiapavia.it



RESIDENZA PER ANZIANI
Villaggio di Teresa

Domanda di ammissione

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ (prov.di _____) il _____

Cod.Fiscale _____

Residente a _____ *in via* _____

Tel n _____ *in qualità di* _____

Del /della sig./sig.ra _____

Nato/a _____ (prov.di _____) il _____

Cod.Fiscale _____

Residente a _____ *cap* _____

in via _____

CHIEDE:

Di essere ospite presso la nostra struttura.

Dal _____ *Al* _____

Prende altresì conoscenza che la presente domanda avrà validità 1 mese a partire dalla data di accettazione della presente, dopo di che, se ancora interessato provvederà ad inoltrarne un'altra aggiornata.

Il richiedente si impegna fin d'ora a fornire dettagliata documentazione dell'ospite quali:

- *Fotocopia Carta d'identita*
- *Fotocopia Tessera sanitaria*
- *Tesserino esenzione ticket*
- *Relazione sanitaria con anamnesi dell'ospite a cura del medico curante o specialista.*
- *Eventuale terapia in atto.*

La domanda corredata alla documentazione richiesta, e di norma vagliata dal coordinatore e il dott. Tosca , che verifica la compatibilità dei bisogni dell'ospite con i servizi erogati dalla struttura. In presenza di esito positivo il richiedente si impegna ad effettuare il:

- Versamento di euro 1000,00(mille/00) come anticipo,di cui 250 saranno trattenute per disbrigo pratiche iniziali tipo scelta/revoca medico di base piano terapeutico pannoloni ecc.....i restanti 750 saranno restituiti entro 15 giorni dalla data di fine soggiorno.*
- Pagamento della retta di soggiorno pari a 69,50 euro per i giorni del mese in corso.*
- Iban: IT3200538720301000042735392*
- Qualora l'ospite per qualsiasi motivo decida di non soggiornare più presso la nostra struttura e quindi di non essere più ospite della Coop La Casa dei Nonni è tenuto a dare un preavviso pari a 15gg,in caso contrario la Coop. Sociale La Casa Dei Nonni (Il Villaggio Di Teresa) non è tenuta a restituire l'anticipo versato dall'utente o impegnatario del contratto definitivo. Nel caso in cui dà il dovuto preavviso la caparra sarà decurtata dalla somma dei giorni rimanenti del soggiorno.*
- Fornitura del vestiario del ospite contrassegnato da nome e cognome*

Altri recapiti telefonici dei familiari:

Cognome e nome

Grado di parentela

Tel.

Cognome e nome

Grado di parentela

Tel.

In ottemperanza alle disposizioni di cui la Legge675 del 31.12.1996 e successive modifiche ed integrazioni il/la sottoscritto/a

Acconsente al trattamento dei suoi dati personali e di quelli del suo familiare.

Firma _____

Data _____

RELAZIONE GENERALE A CURA DEL MMG

Dottore/ssa: Timbro e firma	 <p style="margin: 0;">RESIDENZA PER ANZIANI <i>Villaggio di Teresa</i> C.A.S.A.</p>
-----------------------------	---

Nome e Cognome ospite _____

Le risposte al seguente questionario sono strettamente riservate e legate al vincolo del segreto professionale.

PRESENTA ALLERGIE:

Polvere, polline ecc. SI-NO
 Antibiotici (quali?).....SI-NO
 Anestetici SI-NO
 Aspirina SI-NO
 Fans/asa SI-NO
 Alimentari.....SI-NO

HA SOFFERTO O SOFFRE:

Malattie dell'apparato respiratorio SI-NO
 (Asma, Enfisema, Tubercolosi, ecc.) SI-NO
 Malattia Reumatica SI-NO

 Malattia del cuore SI-NO
 Ipertensione Arteriosa SI-NO
 Malattia del Sangue SI-NO
 Disturbi della Coagulazione SI-NO
 Anemia SI-NO
 Malattie Renali SI-NO
 Ulcera gastrica SI-NO
 Epatite Virale SI-NO
 Malattie dell'apparato Scheletrico SI-NO
 Malattie infettive SI-NO
 Diabete SI-NO
 Epilessia SI-NO

PRESENTA INTOLLERANZE ALIMENTARI:

Quali :

È stato sottoposto a interventi chirurgici?
 Si quali e quando?.....

Necessita di contenzione notturna SI-NO
 (spondina)
 E a rischio caduta? SI-NO
 E in grado di notte di andare SI-NO
 in bagno da solo

Altre malattie non precedentemente elencate:

.....

Ha mai riportato fratture ossee? Se si, la guarigione è stata normale?..... SI-NO
 E' o è stato fumatore? SI-NO
 E' portatore di protesi valvolare cardiaca e/o pacemaker?.....SI-NO

UTENTE COMPATIBILE CON C.A.S.A.

