

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
Piva 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 68,50 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 Legge 675 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 	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <p style="margin: 0; font-size: small;">RESIDENZA PER ANZIANI</p> <p style="margin: 0; font-size: x-small;">C.A.S.A.</p> <p style="margin: 0; font-size: large; font-family: cursive;">Villaggio di Teresa</p> </div>
---	---

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 (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?.....

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.

