



# RESIDENCE TRE PINI

ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI

ex DGR N.11497 del 17.3.10

## DOMANDA DI ACCOGLIENZA IN ALLOGGIO PROTETTO PER ANZIANI AUTOSUFFICIENTI

### INFORMAZIONI ANAGRAFICHE

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ TESSERA SANITARIA \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ IN VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_

MEDICO CURANTE Dr. \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

**È esclusa l'accoglienza di persone non autosufficienti necessitanti di assistenza continua che trovano la loro migliore collocazione nella rete di Unità d'Offerta Sociosanitarie**

**Le persone quando perdono l'autosufficienza devono essere trasferiti nel più breve tempo possibile e sempre entro 60 giorni in struttura appropriata a cura dei familiari di riferimento.**

**La persona non autosufficiente viene riaccompagnata da uno dei familiari di riferimento inderogabilmente dopo 60 giorni.**



# RESIDENCE TRE PINI

ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI

ex DGR N.11497 del 17.3.10

## SCHEDA DI INSERIMENTO ALLOGGIO PROTETTO PER ANZIANI AUTOSUFFICIENTI

PARTE COMPILATA DALLA FAMIGLIA/CAREGIVER:

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

(cognome) (nome)

Nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

(luogo) (prov.)

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

1) **essere a conoscenza che in Residence Tre Pini è esclusa l'accoglienza di persone non autosufficienti necessitanti di assistenza continua che trovano la loro migliore collocazione nella rete di Unità d'Offerta Sociosanitarie**

2) **di aver compreso che quando perdo il Sig/ra**

\_\_\_\_\_ (scrivere in stampatello il nome della persona/e per cui si presenta domanda)

**perderà la condizione di autosufficienza deve essere trasferita nel più breve tempo possibile e sempre entro 60 giorni in struttura appropriata a cura dei familiari di sottoscrittore.**

3) **di essere consapevole che La persona non autosufficiente viene riaccompagnata dallo stesso, inderogabilmente dopo 60 giorni, qualora non abbia trovato soluzione appropriata.**



# RESIDENCE TRE PINI

ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI

ex DGR N.11497 del 17.3.10

## COMUNICA INOLTRE

Le seguenti informazioni personali DELLA PERSONA PER CUI SI PRESENTA DOMANDA

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PROFESSIONE SVOLTA IN PASSATO \_\_\_\_\_

È stato un amministratore di sostegno \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

In caso di risposta positiva indicare il decreto di nomina del giudice

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MODALITA' DI GESTIONE DEL REDDITO	<input type="checkbox"/> ANZIANO STESSO <input type="checkbox"/> FAMILIARE																				
INVALIDITA' CIVILE ed ESENZIONI PER PATOLOGIA	<input type="checkbox"/> Specificare tipo di invalidità _____ <input type="checkbox"/> Specificare esenzioni per patologia _____																				
PERSONE/FAMILIARI DI RIFERIMENTO  INDICARE CHIARAMENTE L'ORDINE CON CUI CHIAMARE PERSONE DI RIFERIMENTO  INDICARE PERSONA CHE ENTRO 60 GIORNI SI OCCUPA DI TROVARE SOLUZIONE ALTERNATIVA IN CASO DI PERDITA AUTOSUFF.	<table><thead><tr><th></th><th>NOME</th><th>PARENTELA</th><th>TELEFONO</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>2</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>3</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>4</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr></tbody></table>		NOME	PARENTELA	TELEFONO	1	_____	_____	_____	2	_____	_____	_____	3	_____	_____	_____	4	_____	_____	_____
	NOME	PARENTELA	TELEFONO																		
1	_____	_____	_____																		
2	_____	_____	_____																		
3	_____	_____	_____																		
4	_____	_____	_____																		



# RESIDENCE TRE PINI

ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI

ex DGR N.11497 del 17.3.10

PERSONA GARANTE DEL PAGAMENTO DELLA RETTA	NOME	PARENTELA	TELEFONO
	1 _____	_____	_____
	2 _____	_____	_____
	3 _____	_____	_____
	4 _____	_____	_____
MEDICO MEDICINA GENERALE	Dr./ Dr.SSA		TELEFONO
	Mail	Cellulare	
RESIDENZA AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> DOMICILIO</li> <li><input type="checkbox"/> OSPEDALE</li> <li><input type="checkbox"/> ISTITUTO DI RIABILITAZIONE</li> <li><input type="checkbox"/> HOSPICE</li> <li><input type="checkbox"/> RSA</li> <li><input type="checkbox"/> ALTRO. Specificare _____</li> </ul>		
ALTRE SEGNALAZIONI RILEVANT			



# RESIDENCE TRE PINI

ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI

ex DGR N.11497 del 17.3.10

NOME..... COGNOME.....

<b>TIPO DI INSERIMENTO</b>	<input type="checkbox"/> TEMPORANEO <input type="checkbox"/> DEFINITIVO
<b>CAPACITA' A NUTRIRSI</b>	<input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> NECESSITA DI STIMOLI O SORVEGLIANZA <input type="checkbox"/> DEVE ESSERE IMBOCCATO
<b>PROTESI DENTARIA</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI E LA USA <input type="checkbox"/> SI MA NON LA USA
<b>PICCOLA IGIENE PERSONALE</b> (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	<input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE AUTONOMO <input type="checkbox"/> NON AUTONOMO
<b>BAGNO/DOCCIA</b>	<input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE AUTONOMO <input type="checkbox"/> NON AUTONOMO
<b>CONTINENZA VESCICALE</b>	<input type="checkbox"/> CONTINENTE <input type="checkbox"/> NON CONTINENTE <input type="checkbox"/> USO DI PANNOLONI <input type="checkbox"/> STOMIA
<b>CONTINENZA INTESTINALE</b>	<input type="checkbox"/> CONTINENTE <input type="checkbox"/> NON CONTINENTE <input type="checkbox"/> USO DI PANNOLONI <input type="checkbox"/> STOMIA
<b>USO DEI SERVIZI IGIENICI</b>	<input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE AUTONOMO <input type="checkbox"/> NON AUTONOMO
<b>CAPACITA DI VESTIRSI</b>	<input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE AUTONOMO <input type="checkbox"/> NON AUTONOMO



# RESIDENCE TRE PINI

ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI

ex DGR N.11497 del 17.3.10

<b>VISTA</b>	<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> CON LENTI <input type="checkbox"/> CECITA'
<b>UDITO</b>	<input type="checkbox"/> INTEGRO <input type="checkbox"/> CON AUSILIO <input type="checkbox"/> SORDITA'
<b>LINGUAGGIO</b>	<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> ALTERATO
<b>MOBILITA'</b>	<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> CON AUSILIO, QUALE? _____ <input type="checkbox"/> PROTESI
<b>CAPACITA' DI SALIRE LE SCALE</b>	<input type="checkbox"/> IN GRADO <input type="checkbox"/> NON INGRADO
<b>ACCETTA LA TERAPIA</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>AL MOMENTO ASSUME LA TERAPIA AUTONOMAMENTE</b>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

DATA \_\_\_\_\_

NOME IN STAMPATELLO E FIRMA DELCOMPILANTE

---

È NECESSARIO PRODURRE FOTOCOPIA FIRMATE DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'  
DEL COMPILANTE



# RESIDENCE TRE PINI

ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI

ex DGR N.11497 del 17.3.10

## CERTIFICAZIONE DEL MEDICO MEDICINA GENERALE

DR. \_\_\_\_\_ CODICE REGIONALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO STUDIO \_\_\_\_\_

RIFERIMENTI TELEFONICI E MAIL \_\_\_\_\_

NOME DELL'ANZIANO \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

TESSERA SANITARIA \_\_\_\_\_

CONNOTAZIONI FISIOPATOLOGICHE		
NUTRIZIONE	DIPENDENZE	CUTE
<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Sovrappeso</li> <li>♣ Malnutrizione</li> <li>♣ Deperimento organico</li> <li>♣ Cachessia neoplastica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Potus</li> <li>♣ Tabagismo</li> <li>♣ Bulimia/Anoressia</li> <li>♣ Farmacodipendenza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Ulcere trofiche</li> <li>♣ Infezioni</li> <li>♣ parassitosi</li> </ul>
EVACUAZIONE	SONNO	SENSORIALITA'
<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Incontinenza urinaria</li> <li>♣ Incontinenza fecale</li> <li>♣ Stipsi / Diarrea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Insonnia non trattata</li> <li>♣ ipnoinduzione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Ipoacusia</li> <li>♣ Ipoacusia</li> </ul>
PROFILO METABOLICO	MOVIMENTO	PROFILO PSICOSOCIALE
<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Intolleranza glicidica</li> <li>♣ Dislipidemia</li> <li>♣ Iperuricemia</li> <li>♣ Ipoproteinemia</li> <li>♣ Uremia</li> <li>♣ Alterazioni elettrolitiche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Sindrome ipocinetica</li> <li>♣ Allettamento</li> <li>♣ Deficit neuromotori</li> <li>♣ Limitazioni apparato locomotore</li> <li>♣ Limitazioni cardiorespiratorie</li> <li>♣ Protesi e ausili</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Nevrosi d'ansia</li> <li>♣ Depressione</li> <li>♣ Demenza e/o Alzheimer</li> <li>♣ Psicosi</li> <li>♣ Epilessia</li> <li>♣ Disturbi comportamento</li> <li>♣ Asocialità</li> </ul>

<b>OSSIGENOTERAPIA</b>	♣ Continuativa	♣ Di supporto	♣ O <sub>2</sub> liquido portatile
<b>MEDICAZIONI</b>	♣ Continuative	♣ Occasionali	
<b>ASSISTENZA INFERMIERISTICA</b>	♣ Continuativa	♣ Occasionale	



# RESIDENCE TRE PINI

ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI

ex DGR N.11497 del 17.3.10

<b>NOTE ANAMNESTICHE</b>			
<b>In caso di affezioni pregresse o in atto, darne succinto resoconto</b>			
<b>Affezioni cardiovascolari</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGRESSE	<input type="checkbox"/> IN ATTO: _____ _____
<b>Affezioni respiratorie</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGRESSE	<input type="checkbox"/> IN ATTO: _____ _____
<b>Affezioni dell'apparato digerente</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGRESSE	<input type="checkbox"/> IN ATTO: _____ _____
<b>Affezioni dell'apparato urogenitale</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGRESSE	<input type="checkbox"/> IN ATTO: _____ _____
<b>Affezioni del sistema nervoso centrale</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGRESSE	<input type="checkbox"/> IN ATTO: _____ _____
<b>Patologie del sistema nervoso periferico</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGRESSE	<input type="checkbox"/> IN ATTO: _____ _____
<b>Esiti neuromotori</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGRESSE	<input type="checkbox"/> IN ATTO: _____ _____
<b>Patologie muscolo scheletriche</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGRESSE	<input type="checkbox"/> IN ATTO: _____ _____
<b>Limitazioni funzionali mioosteoarticolari</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGRESSE	<input type="checkbox"/> IN ATTO: _____ _____
<b>Malattie endocrino metaboliche</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGRESSE	<input type="checkbox"/> IN ATTO: _____ _____
<b>Deficit sensoriali</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGRESSE	<input type="checkbox"/> IN ATTO: _____ _____
<b>Patologie di altri apparati</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGRESSE	<input type="checkbox"/> IN ATTO: _____ _____





# RESIDENCE TRE PINI

ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI

ex DGR N.11497 del 17.3.10

**COMPENSO CLINICO**

Stabilizzato

Precario

ULTIMO PROFILO EMATOCHIMICO DISPONIBILE IN DATA \_\_\_\_\_

ULTIMO EVENTUALE RICOVERO OSPEDALIERO IN DATA \_\_\_\_\_

EVENTUALI CENTRI E/O SERVIZI CLINICI DI RIFERIMENTO \_\_\_\_\_

INDICAZIONI CLINICHE E SUGGERIMENTI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

SE PRESENTI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO O PSICOSI SPECIFICARNE LA TIPOLOGIA, LA GRAVITA' E LA PERICOLOSITA' RISPETTO ALLE ALTRE PERSONE

---

---

---



# RESIDENCE TRE PINI

ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI

ex DGR N.11497 del 17.3.10

**ALLERGIE:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**INTOLLERANZE:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**EVENTUALI FARMACI AL BISOGNO IN CASO DI:**

- Emicrania \_\_\_\_\_
- Stipsi \_\_\_\_\_
- Diarrea \_\_\_\_\_
- Vomito \_\_\_\_\_
- Dolori reumatici \_\_\_\_\_
- Iperpiressia \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_



# RESIDENCE TRE PINI

ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI

ex DGR N.11497 del 17.3.10

**TERAPIA ABITUALE:**

<b>ORARIO</b>	<b>FARMACO</b>

DATA \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO



# RESIDENCE TRE PINI

ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI

ex DGR N.11497 del 17.3.10

## TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI – INFORMATIVA

- 1) Prima di fornirci i suoi dati personali La preghiamo di leggere la presente informativa. Inoltre, per dati personali si intendono ai sensi della presente informativa quelli che Le richiediamo o che potremo richiederle in futuro; quelli spontaneamente da Lei forniti tenendo presente che non vi è obbligo da parte Sua di fornirli.
- 2) I dati vengono da noi raccolti con l'esclusiva finalità di svolgere la nostra attività professionale nei Suoi confronti, compresa la gestione contabile del rapporto.
- 3) I dati verranno registrati su supporti informatici protetti ed i moduli cartacei verranno da noi correttamente mantenuti e protetti.
- 4) Il personale è incaricato formalmente ed ha ricevuto adeguata formazione.
- 5) I dati potranno essere resi noti ai dipendenti ed ai consulenti della società per gli aspetti che possono riguardarli e secondo le modalità previste dalla legge.
- 6) Ai sensi dell'art. 7 del D.L.vo 196/03 i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati sono:
  - Ottenere a cura del Titolare senza ritardo:
    - la conferma o meno dell'esistenza dei dati personali che La riguardano,
    - la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati
    - l'aggiornamento, la rettificazione, ovvero qualora ne abbia interesse, l'integrazione dei dati;
    - l'attestazione che le operazioni di cui ai precedenti b) e c) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccettuato i casi in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato al diritto tutelato;
  - Opporsi in tutto od in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta, nel qual caso non sarà possibile procedere all'erogazione dei servizi professionali.
  - I diritti di cui all'articolo 7 sono esercitati con richiesta rivolta senza formalità al Titolare o al responsabile, anche per il tramite di un incaricato, alla quale è fornito idoneo riscontro senza ritardo.
- 7) Le segnaliamo che il **Titolare del Trattamento** è SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE RESIDENZE LEGGERE – O.N.L.U.S. Via Melchiorre Gioia, 32 -- 20124 Milano (MI).
- 8) Le segnaliamo che l'elenco degli **Incaricati** autorizzati al trattamento è disponibile presso la Direzione.
- 9) Le segnaliamo che i dati possono essere comunicati a Enti Locali (Regione, Comune), ASL e agli istituti di credito per la gestione degli incassi e dei pagamenti.

### AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/La Sottoscritto/a Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Con la firma apposta alla presente attesta il proprio libero consenso affinché Titolare e Responsabile procedano al trattamento dei propri dati personali e alla loro comunicazione nell'ambito dei soggetti indicati nell'informativa per le finalità indicate nell'informativa medesima.

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile\*\* \_\_\_\_\_

Esprimo inoltre il consenso per eventuali trattamenti di dati personali definiti **sensibili** nei limiti \_\_\_\_\_ in cui siano strumentali per le finalità del trattamento elencate nella presente informativa, dichiarando di avere ricevuto copia dell'informativa.

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile\*\* \_\_\_\_\_

Con la sottoscrizione della presente inoltre autorizzo SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE RESIDENZE LEGGERE – O.N.L.U.S. a consegnare copie od originali della mia documentazione di qualsiasi tipo in Suo possesso, nulla escluso, al coniuge, a conviventi od ai figli. Detta autorizzazione può essere revocata solo a mezzo di lettera raccomandata a.r. indirizzata a SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE RESIDENZE LEGGERE – O.N.L.U.S. e detta revoca avrà effetto dal giorno successivo a quello di ricevimento di detta raccomandata.

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile\*\* \_\_\_\_\_

\*\* Firma il Signor/la Signora \_\_\_\_\_ in nome e per conto del proprio congiunto.