



DOMANDA DI OSPITALITA'

Al Responsabile
del Residence geriatrico "Bellavista"
Corso Garibaldi, 2
86020 - Pietracupa (CB)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
via _____ prov di _____

CHIEDE

di essere ospitato/a presso il Residence geriatrico in indirizzo.

Dichiara di impegnarsi a rispettare il regolamento, a pagare la retta stabilita ed i presidi non forniti dalla Asl.

Dichiara di essere pensionato ☐ INPS ☐ INPDAP.

Si prega di inoltrare le comunicazioni al seguente indirizzo email: _____

Recapiti telefonici:

(grado di parentela) _____ num. _____

(grado di parentela) _____ num. _____

Email _____

Pietracupa, _____

Firma

Compilare questa sezione se la domanda è sottoscritta da persona diversa dall'interessato/a all'ammissione.

Il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ prov di _____

codice fiscale _____ residente nel Comune di _____

in via _____ n. _____ telefono n. _____

in qualità di:

☐ rappresentante unico della famiglia (grado di parentela : _____);



RESIDENCE GERIATRICO
BELLAVISTA

☐ rappresentante legale in nome e per conto del/la Sig./Sig.ra _____ residente
nel Comune di _____ in via _____ n. _____
eventuale domicilio (se diverso dalla residenza): Comune _____
via _____ n. _____ recapiti telefonici
n. _____ telefono dei figli _____

DICHIARA

- di avere preso conoscenza del regolamento del residence geriatrico per il quale presenta la domanda di ingresso e di accettarlo;

PRENDE ATTO

- che l'ingresso nel Residence geriatrico determinerà l'obbligo alla corresponsione di una retta nell'importo stabilito.

SI IMPEGNA

- a comunicare tempestivamente le eventuali modifiche della situazione socio-sanitaria o dei dati indicati nella domanda, nonché l'eventuale ritiro della domanda stessa.

Pietracupa, _____

Firma

Allegati:

- Questionario medico



RESIDENCE GERIATRICO

BELLAVISTA

QUESTIONARIO MEDICO

Per l'accoglienza nel Residence geriatrico Bellavista del/la Sig./Sig.ra _____

nato/a il _____ a _____ residente a _____

via _____

CONDIZIONI FISICHE E PSICHICHE

Capacità visiva _____

Capacità uditiva _____

Cuore e sistema circolatorio _____

Sistema nervoso _____

Deambulazione _____

Minorazioni fisiche _____

Minorazioni psichiche _____

Orientamento nel tempo _____

☐ Sempre ☐ non sempre ☐ mai

Orientamento nello spazio _____

☐ Sempre ☐ non sempre ☐ mai

Degenza a letto: ☐ permanente ☐ sovente ☐ raramente

Controllo degli sfinteri: ☐ si ☐ no - Uso di pannolone: ☐ si ☐ no

Necessità di aiuto esterno: mangiare ☐ si ☐ no - lavarsi ☐ si ☐ no

Andare a letto: ☐ si ☐ no - alzarsi dal letto ☐ si ☐ no

Pettinarsi / radersi ☐ si ☐ no - andare al bagno ☐ si ☐ no

DIETA PRESCRITTA _____

MEDICAZIONI _____ per _____

TERAPIA IN CORSO: _____

Altre osservazioni _____

POSITIVITA' SIEROLOGICA : ___ HBS si no HCV si no _____

Data _____ IL MEDICO CURANTE _____

(timbro e firma)



RESIDENCE GERIATRICO
BELLAVISTA

ANAMNESI FISIOLÓGICA

OSPITE

SONNO : ☐ FISIOLÓGICO ☐ INSONNIA ☐ RISVEGLI PRECOCI

☐ IPNO INDOTTO ☐ INVERSIONE RITMO SONNO – VEGLIA

ALVO : ☐ REGOLARE ☐ STIPSI ☐ DIARREA ☐ ALTERNANZA STIPSI DIARREA

☐ FECALOMI ☐ STOMIA _____

INCONTINENZA FECALE :

☐ NO ☐ EPISODICA ☐ NOTTURNA ☐ PERMANENTE

DIURESI : ☐ REGOLARE ☐ OLIGURIA ☐ NICTURIA ☐ ALTRO

INCONTINENZA URINARIA :

☐ ASSENTE ☐ EPISODICA ☐ DA SFORZO ☐ NOTTURNA

☐ PERMANENTE ☐ DA _____

CATETERE VESCICALE : ☐ NO ☐ SI ☐ DAL _____

☐ TIPO _____

APPETITO : ☐ REGOLARE ☐ ANORESSIA ☐ BULIMIA ☐ ALTRO

PESO E STATURA

Altezza cm . _____ NORMO PESO ☐ - OBESO ☐ - GRANDE OBESO ☐

CIBI PREFERITI : _____

CIBI NON GRADITI : _____

DIETA : ☐ LIBERA ☐ ☐ LEGATA A ALLERGIE E PATOLOGIE

Indicare quali allergie e/o intolleranze _____

BEVANDE : _____

NUTRIZIONE : ☐ NORMALE ☐ ENTERALE, SNG _____ ☐ PARENTERALE

FUMO: ☐ SI, QUANTITA' DIE _____ ☐ NO ☐ EX FUMATORE

Luogo e data _____

IL MEDICO CURANTE