

**Certificato medico per ammissione presso Casa Serena di Capodacqua
del/della Sig./Sig.ra _____**

Condizioni Generali

- 1) Buone
2) Discrete
3) Scadenti
4) Pessime

Stato Mentale

- 1) Lucido
2) Apatico
3) Confuso
4) Agitato
5) Aggressivo

Deambulazione

- 1) Normale
2) Con aiuto
3) Con deambulatore
4) Costretto su sedia
5) Costretto a letto

Mobilità

- 1) Normale
2) Poco limitata
3) Molto limitata
4) Immobile

Incontinenza

- 1) Assente
2) Occasionale
3) Abituale
4) Doppia
Presenti

Alimentazione

- 1) Autonoma
2) Con aiuto
3) SNG
4) PEG
Assenti

Piaghe da decubito

MALATTIE PRECEDENTI _____

EVENTUALI RICOVERI _____

MALATTIE IN ATTO _____

TERAPIE IN ATTO _____

VACCINAZIONI SARS-COVID 19 DATA E TIPO ULTIMA SOMMINISTRAZIONE (se effettuata) _____

HA CONTRATTO SARS-COVID 19 SI NO DATA GUARIGIONE _____

E' AFFETTO DA MALATTIE CONTAGIOSE SI NO

Fisioterapia consigliata: Deambulazione Ginnastica passiva Massaggi Palestra Tens

NOTE INFORMATIVE:

La notte **DORME** SI NO **DISTURBA** SI NO

Durante il giorno è costantemente **TRANQUILLO** SI NO **AGITATO** SI NO

E' motivo di **DISTURBO** per gli altri SI NO

E' **PERICOLOSO** per sé SI NO per gli altri SI NO

Le informazioni contenute nella presente modulistica di ingresso sono strettamente riservate e sono soggette a segreto professionale. Tutti i dati personali ivi contenuti saranno trattati da casa Serena per finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione dei rapporti con gli ospiti e per l'espletamento degli obblighi contrattuali.

Data _____

Firma e timbro del medico curante



“Casa Serena di Capodacqua”

della Confraternita della Misericordia di Foligno

Via Fiorenzuola, 21 - 06030 Capodacqua di Foligno

P.I. 01866640541 - C.F. 82000730547

Centralino - tel.: 0742 312020 - Infermeria tel.: 0742 312016

DOMANDA DI AMMISSIONE

Il/La sottoscritto/a:

Cognome..... Nome.....

Cognome del coniuge (se vivente o deceduto)

Nato/a a..... Prov..... il.....

Residente a.....Prov.....

Via..... n°.....

Tel...../.....Codice fiscale.....

Carta d'identità n°..... rilasciata da.....

Valida fino a.....

Coniugato/a Vedovo/a Celibe/Nubile Separato/a

Divorziato/a

Figli n°..... Professione esercitata nel passato.....

Scolarità

Attualmente vive: solo/a con familiare altro

DOMANDA

di essere ammesso a convivere nella Residenza Protetta “Casa Serena di Capodacqua della Confraternita della Misericordia di Foligno”, dopo aver preso visione del Regolamento Interno vigente ed averlo accettato.

Capodacqua di Foligno, lì.....

Il richiedente

.....

Grado di parentela

I richiedenti

.....

.....

.....

.....

REVISIONE	DATA REVISIONE	REDAZIONE	APPROVAZIONE
REV.NE 2	11/12/2020	RSGQ	ALTA DIREZIONE



“Casa Serena di Capodacqua”

della Confraternita della Misericordia di Foligno

Via Fiorenzuola, 21 - 06030 Capodacqua di Foligno

P.I. 01866640541 - C.F. 82000730547

Centralino - tel.: 0742 312020 - Infermeria tel.: 0742 312016

Il/I sottoscritto/i
nella sua/loro qualità di
del/della Sig./Sig.ra
ospitato/a nella Residenza Protetta “Casa Serena di Capodacqua della Confraternita della Misericordia di Foligno”

DICHIARA:

1. di assumersi l'onere del pagamento della retta giornaliera stabilita dalla Regione dell'Umbria in € 75,00, in solido sub punti 1, 2, 4, 9, 10, 11. La retta va versata anticipatamente, entro e non oltre il dieci del mese, con bonifico bancario o postale.
2. di impegnarsi, durante la permanenza dell'ospite nella Residenza Protetta, a sostenere le spese di eventuali medicine a pagamento, visite specialistiche e trasporti, altri presidi o medicazioni a pagamento o oltre le quantità coperte dal SSN (es. pannoloni ecc.);
3. di conoscere ed accettare che l'ospite ha la facoltà di mantenere il proprio medico curante o di scegliere il medico convenzionato con la struttura. Qualora venisse mantenuto il rapporto con il proprio medico, i parenti avranno l'obbligo di provvedere alla fornitura dei farmaci;
4. di impegnarsi ad accettare e pagare qualsiasi aumento di retta fosse successivamente determinato dalla Regione dell'Umbria e/o dall'Amministrazione della Residenza Protetta;
5. di impegnarsi a fornire la biancheria personale dell'ospite; la biancheria va contrassegnata con un numero stabilito dalla Direzione e va rimpinguata qualora venisse richiesto dalla guardarobiera; durante la permanenza nella struttura, ogni indumento che viene portato al proprio congiunto, dovrà essere registrato dalla guardarobiera per essere aggiunto alla lista degli indumenti personali;
6. di conoscere e accettare che gli effetti personali dell'ospite dovranno essere ritirati entro e non oltre una settimana dal trasferimento o decesso. Dopo tale periodo la Direzione sarà autorizzata a farne l'uso che riterrà più opportuno;
7. di conoscere ed accettare che in caso di ricovero ospedaliero o di visite dell'ospite, la Residenza Protetta **NON** fornisce servizio di accompagnamento e di assistenza all'esterno della struttura;
9. di conoscere ed accettare che eventuali assenze dell'ospite dalla Residenza Protetta, per qualsiasi causa avvenute, danno diritto ad una decurtazione di € 10,00 (dieci) giornaliere dopo il quindicesimo giorno di assenza;

Firma per presa visione ed accettazione

.....

REVISIONE	DATA REVISIONE	REDAZIONE	APPROVAZIONE
REV.NE 2	11/12/2020	RSGQ	ALTA DIREZIONE



“Casa Serena di Capodacqua”

della Confraternita della Misericordia di Foligno

Via Fiorenzuola, 21 - 06030 Capodacqua di Foligno

P.I. 01866640541 - C.F. 82000730547

Centralino - tel.: 0742 312020 - Infermeria tel.: 0742 312016

10. di aver provveduto al pagamento della somma di **€ 500,00** quale cauzione degli impegni assunti; tale cauzione verrà versata al momento dell'ingresso e verrà incamerata dalla Residenza Protetta qualora non venisse ritirata entro tre mesi dalla dimissione dell'ospite;

11. di conoscere ed accettare che la suddetta cauzione sarà inoltre incamerata dalla Residenza Protetta qualora il ricovero, per motivi di trasferimento, avesse una durata inferiore ad un anno;

12. di conoscere ed accettare che la Direzione della Residenza Protetta potrà, in ogni momento e a suo insindacabile giudizio, trasferire l'ospite da una camera ad un'altra, da un soggiorno ad un altro e da una sala da pranzo ad un'altra;

13. di conoscere ed accettare che ogni alimento o bevanda portato al proprio congiunto in regalo, dovrà essere autorizzato dalla direzione sanitaria. In caso di controllo periodico, tutto ciò che non è stato autorizzato, sarà ovviamente requisito;

14. di conoscere ed accettare che per le persone che intendono utilizzare gli audiovisivi nelle camere, è obbligatorio l'uso delle cuffie. Per gli ospiti che dormono in camere doppie il televisore va spento entro le ore 23;

15. di conoscere e accettare che la Residenza Protetta non risponde degli oggetti di valore o denaro in possesso degli ospiti;

16. di conoscere ed accettare che l'Amministrazione di Casa Serena di Capodacqua può, in ogni momento, dimettere l'ospite dalla Residenza Protetta, qualora questi risulti inidoneo alla vita di convivenza a Casa Serena. In tale evenienza, la cauzione di cui al punto 10 sarà senz'altro restituita;

17. di essere informato che la struttura per l'erogazione dei servizi socio-sanitari può anche avvalersi di personale esterno.

Capodacqua di Foligno, lì.....

Firma per presa visione ed accettazione

.....

Lista indumenti contrassegnati con n°..... assegnato dalla Direzione.

N° 05 camicie da notte o pigiami

N° 05 sottovesti per varie stagioni

N° 10 fazzoletti

N° 01 vestaglia da camera

Vestiaro sufficiente

N° 05 canottiere estive e invernali

N° 10 paia di mutande

N° 01 accappatoio

N° 01 paia di ciabatte

Per gli uomini portare un rasoio elettrico

REVISIONE	DATA REVISIONE	REDAZIONE	APPROVAZIONE
REV.NE 2	11/12/2020	RSGQ	ALTA DIREZIONE



“Casa Serena di Capodacqua”

della Confraternita della Misericordia di Foligno

Via Fiorenzuola, 21 - 06030 Capodacqua di Foligno

P.I. 01866640541 - C.F. 82000730547

Centralino - tel.: 0742 312020 - Infermeria tel.: 0742 312016

RETTA

Il/I sottoscritto/i

nella sua/loro qualità di

del/della Sig./Sig.ra

ospitato/a nella Residenza Protetta “Casa Serena di Capodacqua”

si dichiara / si dichiarano

obbligato/i in solido ai sensi e per gli effetti del codice civile

al versamento della retta fissata dalla Regione dell’Umbria per le Residenze Protette per Anziani non autosufficienti attualmente pari a Euro giornalieri € 75,00.

quale retta per il mantenimento del suo/loro congiunto presso la Residenza Protetta “Casa Serena di Capodacqua” per il periodo di permanenza presso la struttura, dato che gode/non gode della quota di integrazione sanitaria da parte della USL Umbria 2 di Foligno.

Si impegna al versamento mediante accredito nel c/c bancario della Residenza Protetta o mediante versamento in contanti presso l’Amministrazione della stessa.

Capodacqua di Foligno, lì.....

Il dichiarante in solido

.....

Grado di parentela

I dichiaranti in solido

.....

.....

.....

.....

.....

.....

REVISIONE	DATA REVISIONE	REDAZIONE	APPROVAZIONE
REV.NE 2	11/12/2020	RSGQ	ALTA DIREZIONE



“Casa Serena di Capodacqua”

della Confraternita della Misericordia di Foligno

Via Fiorenzuola, 21 - 06030 Capodacqua di Foligno

P.I. 01866640541 - C.F. 82000730547

Centralino - tel.: 0742 312020 - Infermeria tel.: 0742 312016

INDIRIZZI DI PERSONE DI RIFERIMENTO

Indicare cognome, nome e indirizzo completo, numero telefonico dei familiari o delle persone che, in caso di necessità, la Direzione della Residenza Protetta “Casa Serena di Capodacqua”, deve informare:

1) Cognome e nome

Grado di parentela..... abitante in.....CAP.....

Via.....n°.....

Telefono.....

2) Cognome e nome

Grado di parentela..... abitante in.....CAP.....

Via.....n°.....

Telefono.....

CUSTODIA DEI VALORI

Il/La sottoscritto/a.....

ospite presso la Residenza Protetta “Casa Serena di Capodacqua” di Foligno

esonera

la Direzione e i dipendenti della Residenza Protetta predetta da ogni responsabilità in ordine alla custodia dei valori che intende trattenere presso di sé.

Capodacqua di Foligno, lì.....

Il dichiarante

.....

Grado di parentela

I dichiaranti

.....

.....

.....

.....

REVISIONE	DATA REVISIONE	REDAZIONE	APPROVAZIONE
REV.NE 2	11/12/2020	RSGQ	ALTA DIREZIONE



“Casa Serena di Capodacqua”

della Confraternita della Misericordia di Foligno

Via Fiorenzuola, 21 - 06030 Capodacqua di Foligno

P.I. 01866640541 - C.F. 82000730547

Centralino - tel.: 0742 312020 - Infermeria tel.: 0742 312016

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO PER SPESE DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

Il/I sottoscritto/i

nella sua/loro qualità di

del/della Sig./Sig.ra

ospite presso la Residenza Protetta “Casa Serena di Capodacqua”

si impegna / si impegnano e si obbliga / si obbligano

in solido ai sensi e per gli effetti del codice civile

a sostenere le eventuali spese di assistenza richieste in caso di ricovero in ambiente ospedaliero del proprio congiunto, nonché eventuali spese sanitarie per prestazioni straordinarie non coperte dal S.S.N. (quali protesi dentarie, interventi chirurgici, ecc...).

Capodacqua di Foligno, lì.....

Il dichiarante in solido

.....

Grado di parentela

I dichiaranti in solido

.....

.....

.....

.....

.....

.....

REVISIONE	DATA REVISIONE	REDAZIONE	APPROVAZIONE
REV.NE 2	11/12/2020	RSGQ	ALTA DIREZIONE



“Casa Serena di Capodacqua”

della Confraternita della Misericordia di Foligno

Via Fiorenzuola, 21 - 06030 Capodacqua di Foligno

P.I. 01866640541 - C.F. 82000730547

Centralino - tel.: 0742 312020 - Infermeria tel.: 0742 312016

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – SISTEMA DI VIDEOSORVEGLIANZA

Il/I sottoscritto/i

nella sua/loro qualità di

del/della Sig./Sig.ra

ospite presso la Residenza Protetta “Casa Serena di Capodacqua”

acconsente / acconsentono

non acconsente / non acconsentono

ai sensi del GDPR, al trattamento dei dati personali del suddetto acquisiti attraverso il sistema di videosorveglianza installato per fini di sicurezza degli ospiti, per la tutela della salute, e del patrimonio della Residenza Protetta “Casa Serena di Capodacqua”.

Dichiaro di aver ricevuto copia dell’informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 GDPR.

Il titolare del trattamento dei dati e/o delle immagini acquisite tramite il sistema di videosorveglianza è Casa Serena di Capodacqua.

Capodacqua di Foligno, lì.....

Il dichiarante

.....

Grado di parentela

I dichiaranti

.....

.....

.....

.....

REVISIONE	DATA REVISIONE	REDAZIONE	APPROVAZIONE
REV.NE 2	11/12/2020	RSGQ	ALTA DIREZIONE



“Casa Serena di Capodacqua”

della Confraternita della Misericordia di Foligno

Via Fiorenzuola, 21 - 06030 Capodacqua di Foligno

P.I. 01866640541 - C.F. 82000730547

Centralino - tel.: 0742 312020 - Infermeria tel.: 0742 312016

DOCUMENTI DA PRESENTARE

AL MOMENTO DELL'INGRESSO

1. Certificati vari:

- A)** carta d'identità (in fotocopia prima dell'ingresso e in originale all'ingresso);
- B)** certificato cumulativo di stato di famiglia, cittadinanza, e residenza rilasciato dal Comune (o autocertificazione);
- C)** certificato di nascita o estratto di atto di nascita (con paternità e maternità) rilasciato dal Comune (o autocertificazione);
- D)** Green pass o certificazione di vaccinazione e/o guarigione infezione Sars-Covid 19 se presenti
- E)** certificato di interdizione o inabilitazione (rilasciato dal Tribunale Civile);
- F)** codice fiscale (in fotocopia prima dell'ingresso ed in originale all'ingresso);
- G)** libretti e certificati di pensione (in fotocopia prima dell'ingresso ed in originale all'ingresso);
- H)** copia del verbale della Commissione USL di Invalidità Civile;
- I)** copia del mod. 740 o mod. 730 e/o mod. CUD;
- J)** modello Obis M rilasciato da tutti gli enti pensionistici;
- K)** valutazione socio-sanitaria da parte dell'U.V.G. competente;
- L)** autorizzazione sanitaria all'inserimento in Residenza Protetta;
- M)** eventuale documento di nomina di tutore, curatore, amministratore di sostegno;
- N)** consenso informativo della privacy.

2. Certificati sanitari:

- A)** certificato del medico curante, su modello predisposto dalla Residenza Protetta, che dichiara lo stato di salute del richiedente, specificando le malattie attuali e la terapia farmacologica aggiornata;
- B)** tessera sanitaria e libretto di esenzione ticket nonché libretti per erogazione presidi sanitari (in fotocopia prima dell'ingresso e in originale all'ingresso);
- C)** RX torace;
- D)** Elettrocardiogramma;
- E)** Markers epatite B e C;
- F)** Reazione di Mantoux;
- G)** Emocromo, biochimico, VES, esami urine;
- H)** Cartella clinica di eventuale/i ultimo/i ricovero/i ospedaliero/i.

**Si raccomanda la massima completezza della domanda
pena la non accettazione.**

REVISIONE	DATA REVISIONE	REDAZIONE	APPROVAZIONE
REV.NE 2	11/12/2020	RSGQ	ALTA DIREZIONE