

**DOMANDA UTENTE** (Pag. 2/2)

**INSERIMENTO IN Casa Protetta**

**INSERIMENTO in Comunità Alloggio**

**1. Dati riferiti alla persona di cui si chiede l'inserimento (Diretto interessato)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Medico di Medicina Generale /PLS \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

**Se la richiesta di inserimento è presentata da persona diversa dall'interessato o da un parente responsabile, il richiedente dovrà OBBLIGATORIAMENTE ottenere il consenso preventivo *all'inserimento da parte di questi ultimi*.**

**2. Dati del richiedente:**

Parente (indicare i dati del parente ) Rapporto di parentela \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Tutore \_\_\_\_\_ (con sentenza di nomina) Tel. \_\_\_\_\_

Medico curante / PLS Dr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

U.O. Ospedaliera \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Assistente Sociale Comune \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Struttura Residenziale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente** \_\_\_\_\_

Riindicare Cognome e nome dell' interessato \_\_\_\_\_

**Domicilio attuale presso** (indirizzo) \_\_\_\_\_

**- Vive solo** : SI  NO  n. conviventi \_\_\_\_\_

**- Supporto familiare** : Adeguato  Inadeguato

**- Invalidità civile** : SI  NO  **Legge 104/92** : SI  NO

**- Altre provvidenze** : \_\_\_\_\_

**- Scolarità Attuale** : \_\_\_\_\_ **Attuale occupazione** \_\_\_\_\_

**- Attività ricreative** (es. gioco carte, musica, TV, parrocchia) \_\_\_\_\_

**- E' capace di vestirsi e spogliarsi da solo ?**

completamente autonomo  ha bisogno di aiuto  totalmente incapace

**- Può camminare da solo, sedersi scendere le scale?**

Autonomo  ha bisogno di aiuto  totalmente incapace

**- Si muove in carrozzina?** SI  NO  **E' allettato/a** SI  NO

**- Mangia senza bisogno di aiuto ?**

completamente autonomo  ha bisogno di aiuto  totalmente incapace

**- E' capace di lavarsi da solo, pettinarsi, radersi ?**

Autonomo  ha bisogno di aiuto  totalmente incapace

**- Ha incontinenza urinaria ?** Mai  Talvolta  Sempre

**- E' portatore di catetere vescicole?** SI  NO

**- Presenta una marcata compromissione visiva?** SI  NO  **/dell'udito** SI  NO

**. Presenta una marcata compromissione MEMORIA?** SI  NO

**- Insonnia** SI  NO

**- E' in grado di parlare correttamente , coerentemente ?** SI  NO

**- Necessita di terapia per dolore ?** SI  NO

**- E' seguito periodicamente da Reparto o Centro Clinico ?** \_\_\_\_\_

**Dato il bisogno assistenziale complesso, indicare i possibili obiettivi che si intendono raggiungere:**

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

data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma del Medico curante \_\_\_\_\_

**Acconsento al trattamento dei dati per le finalità connesse alla richiesta, con le modalità di cui al D.Lgs 196/2003 ed alla comunicazione degli stessi agli enti socio sanitari interessati.**

data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**N.B.**

**SI PREGA DI COMPILARE CON CHIAREZZA** (ivi incluso il Cod. Fiscale e recapito postale e telefonico ).  
Allegare alla presente la richiesta di valutazione multidimensionale sanitaria redatta dal Medico Curante o dal Medico proponente (come da modello) ed ogni altra documentazione utile (Es. invalidità civile, relazioni di degenza etc. ) per lo scopo anche in fotocopia, ivi inclusa anche la fotocopia del tesserino sanitario e codice fiscale..