

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..