

**CASA DI RIPOSO E DI RICOVERO**

**CASALE MONFERRATO**

P.zza Cesare Battisti 1 - 15033 CASALE MONFERRATO

C.F. E P.IVA 00417790060

Tel. 0142 / 332511 centralino Fax 0142 / 76359

Data di presentazione \_\_\_\_\_

Compilata da \_\_\_\_\_

**DATA INGRESSO** \_\_\_\_\_ **PRESSO** \_\_\_\_\_ **COD.MATR.** \_\_\_\_\_

**SCHEDA AMMINISTRATIVO – SANITARIA PENSIONATO CIVILE**

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

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ CODICE ESENZ.TICKET \_\_\_\_\_

PATERNITA' \_\_\_\_\_ MATERNITA' \_\_\_\_\_

STATO CIVILE \_\_\_\_\_ COGNOME E NOME CONIUGE \_\_\_\_\_

COMUNE DI RESIDENZA \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

ATTUALE DOMICILIO \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_ TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_

PATENTE AUTO \_\_\_\_\_ TARGA AUTO INTESTATA \_\_\_\_\_

ENTI PENSIONISTICI \_\_\_\_\_ TIPI PENSIONE \_\_\_\_\_

DELEGA alla riscossione \_\_\_\_\_ PRESSO \_\_\_\_\_

INVALIDITA' CIVILE : VERBALE ASL \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_ CODICE \_\_\_\_\_

DOMANDA IN CORSO PRESENTATA IN DATA \_\_\_\_\_

DOMANDA DI CONVENZIONE presentata c/o DISTRETTO ASL \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

CAMBIO RESIDENZA      SI      NO

CAMBIO MEDICO      SI      NO      \_\_\_\_\_

TUTORE / CURATORE / AMM. SOSTEGNO \_\_\_\_\_

PARENTI : COGNOME E NOME , RAPPORTO PARENTELA , INDIRIZZO COMPLETO , INDIRIZZO  
POSTA ELETTRONICA , RECAPITO TELEFONICO

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

Il paziente si trova attualmente: \_\_\_\_\_

**DATA DI INGRESSO** \_\_\_\_\_

**PENSIONATO CIVILE** CAMERA \_\_\_\_\_ CATEGORIA \_\_\_\_\_

IMPORTO \_\_\_\_\_

INTEGRAZIONE ASL  NO  SI versa quota mensile € \_\_\_\_\_

DEPOSITO CAUZIONALE € \_\_\_\_\_ INTESTATO A \_\_\_\_\_

NOTE \_\_\_\_\_

**IMPEGNO PAGAMENTO** SI ASSUME IMPEGNO DI PAGAMENTO DELLA RETTA DI CUI SOPRA ACCETTANDO LE REGOLE DELLA STRUTTURA, IL MENSILE CONCORDATO PER L'ANNO IN CORSO E PER QUANTO IN SEGUITO DELIBERATO DAL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

**TIPOLOGIA DI PAGAMENTO**  CONTANTI PRESSO LO SPORTELLLO DI TESORERIA

BONIFICO BANCARIO BANCA D'APPOGGIO \_\_\_\_\_ FILIALE DI \_\_\_\_\_

E di informare tempestivamente questo Ente nel caso di variazioni.

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

INDIRIZZO COMPLETO \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

FIRMA IN SOLIDO PER PAGAMENTO RETTA \_\_\_\_\_

1° COOBLIGATO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO COMPLETO \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ GRADO PARENTELA \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ FIRMA IN SOLIDO PER PAGAMENTO RETTA \_\_\_\_\_

2° COOBLIGATO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO COMPLETO \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ GRADO PARENTELA \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ FIRMA IN SOLIDO PER PAGAMENTO RETTA \_\_\_\_\_

ALLEGATI RICHIESTI PER TUTTI I FIRMATARI : CARTA D'IDENTITA', CODICE FISCALE, CUD/730



<p><b>Stato Mentale :</b> capacità di rispondere alle domande verbali relative al tempo, spazio e persone in modo soddisfacente e veloce.</p>	Lucido : orientato nel tempo e nello spazio, risposta rapida.	4
	Apatico : orientato nel tempo, nello spazio e nelle persone, con una ripetizione della domanda (non legata all'ipoacusia).	3
	Confuso : parzialmente orientato nel tempo, nello spazio e nelle persone. La risposta può essere rapida.	2
	Stuporoso : totalmente disorientato. La risposta può essere lenta o rapida. Il paziente potrebbe essere in stato comatoso.	1
<p><b>Deambulazione :</b> distanza e dipendenza nella deambulazione.</p>	Normale : deambula fino a quando è affaticato. Cammina da solo o con l'uso di presidei (es. bastone).	4
	Cammina con aiuto : deambula fino a quando è affaticato. Richiede l'assistenza di una persona per deambulare. Può usare anche un presidio.	3
	Costretto su sedia : si muove soltanto con sedia a rotelle	2
	Costretto a letto : confinato a letto per 24 ore.	1
<p><b>Mobilità :</b> quantità e movimento di una parte del corpo.</p>	Piena : può muovere o controllare le estremità come vuole. Con o senza presidi.	4
	Moderatamente limitata : può muovere o controllare le estremità con una minima assistenza da parte di un'altra persona. Con o senza presidi.	3
	Molto limitata : limitata indipendenza ai movimenti e al controllo delle estremità. Richiede una maggiore assistenza da parte di un'altra persona. Con o senza presidi.	2
	Immobile :	1
<p><b>Incontinenza</b></p>	Nessuna	4
	Occasionale	3
	Abituale Urinaria	2
	Abituale Urinaria e fecale	1

**EVENTUALI PREGRESSI RICOVERI PRESSO OSPEDALI ( REPARTI ) PSICHIATRICI**

- NO       SI, remoti       SI, recenti

In caso affermativo, specificare diagnosi alla dimissione e terapia consigliata

---

---

**VISTA**

- Normale  
 Diminuita  
 Cecità

**UDITO**

- Normale  
 Diminuito  
 Sordità

**LINGUAGGIO**

- Normale  
 Alterato  
 Se alterato, specificare
- 

**STATO METABOLICO NUTRIZIONALE**

- Soddisfacente       In equilibrio farmacologico       Scompensato

Eventuali  
precisazioni \_\_\_\_\_

**COMPENSO CARDIO-CIRCOLATORIO**

- Nella norma       In equilibrio farmacologico  
 Soddisfacente       Scompensato

Eventuali  
precisazioni \_\_\_\_\_

**CONDIZIONI RESPIRATORIE**

: \_\_\_\_\_

Eventuali  
precisazioni \_\_\_\_\_

**CONDIZIONI PSICHICHE**

Fasi di confusione e disorientamento

Persistente disorientamento spazio-temporale

Fasi di agitazione psico-motoria

Inversione del ritmo sonno-veglia

Altro \_\_\_\_\_

**ATTUALMENTE E' IN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO CON:**

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

**EVENTUALI ALTRE NOTIZIE, SEGNALAZIONI, SUGGERIMENTI:**

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

Data \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE

\_\_\_\_\_

# SPAZIO RISERVATO

**CONSULTO INFERMIERISTICO**      **I.P.**

---

---

---

---

---

---

**CONSULTO PSICOLOGICO**      **DOTT.SSA SIMONA PANELLI**

---

---

---

---

---

---

**RESPONSABILE DI STRUTTURA**      **DOTT. PAOLO F. BARBANO**

**RESPONSABILE SANITARIO DELL'ENTE**      **DOTT. MARIO GALZERANO**

Vista la documentazione prodotta, si esprime parere

FAVOREVOLE      CONTRARIO      IN PROVA SINO AL \_\_\_\_\_

all'accettazione del/la Sig./ra \_\_\_\_\_

presso codesto Istituto nel reparto \_\_\_\_\_

con la seguente valutazione di autosufficienza:       Totale       Parziale       Nulla

Data: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RESPONSABILE DELL'ENTE

\_\_\_\_\_

al Sig./alla Sig.ra \_\_\_\_\_

In ottemperanza alle disposizioni di cui alla legge 31.12.1996, n. 675, si comunica che questa Amministrazione per poter dar corso al ricovero ed all'assistenza del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, abbisogna di conoscere i dati personali (quali nome, cognome, codice fiscale, data di nascita, residenza ecc.) ed i dati riguardanti la salute del/della ricoverato/a oltre ai dati riguardanti i familiari o persone cui fare riferimento per la tutela della persona.

In particolare, ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 10 della legge 675/1996, si comunica che i dati sono oggetti di trattamento da parte di questa istituzione, nel rispetto della normativa della legge 675/1996, secondo le seguenti modalità:

a) finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati:

- il trattamento riguarda qualunque operazione e complesso di operazioni, svolti con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione dei dati.

- Il trattamento dei dati avverrà con procedure atte a garantirne la sicurezza.

- I dati verranno trattati per le finalità istituzionali inerenti alla attività di questo Ente come segue:

1) i dati personali sono utilizzati per le registrazioni interne, l'emissione di documenti finalizzati alla riscossione della retta, le comunicazioni a Enti vari, per la gestione e l'erogazione delle prestazioni assistenziali al ricoverato/a nonché per la tutela sanitaria del medesimo/a;

2) i dati riguardanti lo stato di salute sono utilizzati per l'attuazione di misure sanitarie per la tutela della salute (ricoveri ospedalieri compresi), per la cura del ricoverato e per la gestione sanitaria del medesimo/a.

b) la natura del conferimento di tali dati è obbligatoria.

c) conseguenze dell'eventuale rifiuto a rispondere e conferire i dati: impossibilità oggettiva di effettuare la gestione dell'ospite e degli adempimenti riguardanti la tutela sanitaria, quali la cura, l'esame delle problematiche di salute, la richiesta di ausili sanitari, gli interventi all'interno dell'Ente o in caso di ricovero ospedaliero, e le procedure amministrative, quali l'emissione della retta di ricovero, comunicazioni all'interessato o ai familiari, ecc.

d) i dati possono essere utilizzati e comunicati, per i fini istituzionali, all'interno dell'istituzione dalle persone incaricate del trattamento ed all'esterno dal Tesoriere dell'Ente, che provvede alla riscossione delle rette di ricovero, agli organismi competenti alla tutela della salute, alla ASL ed altri Enti pubblici in base a specifici adempimenti normativi.

e) l'interessato ha diritto di conoscere, cancellare, rettificare, aggiornare, integrare, opporsi al trattamento dei dati, nonché alla applicazione degli altri diritti riconosciuti dall'art. 13 della legge 675/1996. Per l'esercizio dei propri diritti la S.V. potrà rivolgersi alla Direzione Amministrativa dell'Ente.

Il titolare e rappresentante legale di questa istituzione è il Presidente pro tempore, domiciliato a Casale Monferrato Piazza Cesare Battisti 1.

L'art. 22 della legge 675/1996 prevede inoltre che l'interessato dia il proprio assenso scritto per il trattamento dei dati riguardanti lo stato di salute.

Si prega pertanto restituire l'allegato modulo, unitamente alla restante documentazione occorrente al ricovero, debitamente sottoscritto per autorizzazione al trattamento dei dati.

Con distinti saluti.

IL TITOLARE

Il Presidente pro tempore



## AI PRESIDENTE della Casa di Riposo e di Ricovero di Casale Monferrato

Il sottoscritto/la sottoscritta \_\_\_\_\_

dichiara di avere ricevuto per iscritto da parte del Titolare le informazioni di cui all'art.10 della legge 675/1996.

In particolare dichiaro di aver liberamente preso atto che i miei dati saranno utilizzati per la gestione del ricovero presso la Casa di Riposo e di Ricovero di Casale Monferrato e che mi è riconosciuto il diritto di conoscere , cancellare, rettificare, aggiornare, integrare ed oppormi al trattamento dei dati stessi nonché gli altri diritti riconosciuti dall'art. 13 della legge 675/1996.

Per far valere i miei diritti potrò rivolgermi alla Direzione Amministrativa dell'Ente.

Di conseguenza autorizzo il titolare, e gli incaricati al trattamento della Casa di Riposo e di Ricovero ad effettuare il trattamento dei dati personali ed alla comunicazione dei medesimi, ai fini istituzionali dell'Ente, ad altri Enti, organismi amministrativi e sanitari, con particolare ed espresso riferimento a quelli riguardanti lo stato di salute, necessari per la gestione del ricovero e la tutela sanitaria.

### AUTORIZZO

- Inoltre i Responsabili e gli incaricati dell'Azienda Sanitaria e della Casa di Riposo e di Ricovero al trattamento dei miei dati personali e di quelli sensibili, (stato di salute / economici) a fini autorizzativi e/o a fini di diagnosi, cura, riabilitazione, prevenzione e ricerca, (in quest'ultimo caso resi assolutamente anonimi); e all'eventuale invio di tali dati a : CSI Piemonte, Enti Locali, Organi Centrali e Periferici dello Stato, Aziende Sanitarie Pubbliche e Private, Aziende Ospedaliere e/o qualunque altro organismo collegato all'Azienda solo ed esclusivamente per l'adempimento di obblighi istituzionali
- i Dirigenti Sanitari dell'Azienda Sanitaria a comunicare i dati inerenti il mio stato di salute a fini di diagnosi, cura, riabilitazione, prevenzione :
- do i mio consenso a comunicare i risultati della visita ambulatoriale / prelievo e del trattamento dei miei dati sensibili a fini autorizzativi anche a terzi (compresi i familiari).

Prendo infine atto che i consensi sopra riportati hanno valore anche per prestazioni sanitarie ripetitive della stessa patologia.

data, li \_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_

# ALLEGATO ALLA DOMANDA AMMINISTRATIVO-SANITARIA

## PENSIONATO CIVILE

- L'Ente non risponde degli oggetti personali e di valore degli Ospiti.
- Al momento dell'ingresso occorre versare un deposito cauzionale pari a due mensilità della categoria scelta. La ricevuta del pagamento di tale deposito deve essere allegata in originale alla documentazione. Il pagamento della retta e' posticipato.
- Si precisa che la permanenza inferiore a mesi 12 determina una maggiorazione sulla retta dovuta pari al 10% mensile per ogni mese di permanenza. Tale maggiorazione potra' essere dedotta dal deposito cauzionale. Il soggiorno temporaneo prevede una retta anticipata con maggiorazione come descritto.
- La cessazione dell'ospitalita' deve essere comunicata con un preavviso scritto di 30 gg. Per l'uscita verificatasi per causa di forza maggiore (perdita autosufficienza o decesso) si applichera' una maggiorazione di retta pari a 8 gg (oppure sino alla consegna delle chiavi, qualora la camera non venisse liberata entro tale periodo).
- Il deposito cauzionale non verrà comunque restituito sino alla completa regolarizzazione di eventuali rette ancora insolute o dovute per mancata consegna chiavi camera e quindi di disdetta scritta consegnata direttamente all'Ufficio Accettazione dell'Ente o inviata a mezzo raccomandata. In tal caso verrà destinato alla copertura delle medesime, sempre dopo aver accertato che non sussistano danni materiali ai beni mobili ed immobili relativi alla camera sino a quel momento occupata. Il suddetto deposito verrà restituito all'intestatario della ricevuta o all'avente titolo, a seguito di presentazione della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà' .
- Gli effetti personali contenuti nella camera devono essere ritirati prima della consegna delle chiavi della stessa. La stanza deve essere restituita nelle condizioni iniziali. Condizioni di salute : autosufficienza, eventualmente, ridotto fabbisogno di assistenza. Le condizioni di salute sono comunque accertate dal medico dell'Ente prima dell'ingresso. E' facoltà dell'Ente procedere al trasferimento in reparto idoneo qualora non sussistano più le suddette condizioni . Qualora l'ospite non accettasse la soluzione proposta verrà dimesso entro 3 mesi durante i quali dovrà provvedere a garantire l'assistenza in base alle necessità del caso.

Casale M.to, lì \_\_\_\_\_

**Per presa visione, accettazione e ritiro copia delle pagine 1, 2, 7, 9 e 10.**

\_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME - TITOLO

\_\_\_\_\_  
Firma del Parente / Avente causa

**DOCUMENTI PRESENTATI**

- DOCUMENTO D'IDENTITA' ( C.I. - PATENTE - LIBRETTO PENSIONE )
- TESSERA SANITARIA EUROPEA - LIBRETTO SANITARIO CON ASSEGNAZIONE MEDICO
- ESENZIONE TICKET
- VERBALE INVALIDITA'
- ESAMI RICHIESTI

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

TRAMESSA COPIA AL REPARTO IN DATA \_\_\_\_\_

TRAMESSA COPIA AL PARENTE IN DATA \_\_\_\_\_