



FONDAZIONE
BELLARIA
— onlus —

Appiano Gentile (CO)
Via Monte Carmelo 22, 22070
www.fondazionebellaria.it
rsabellaria@bellaria.org

RAPP. UTENTI Mod. 05 – 02/2017

DOMANDA ACCOGLIENZA

C.D.I.



Tel. 031 930 675
Fax 031 890 733

C.F. 80014800132
PIVA 02019090139



Domanda di inserimento in CDI

Il/la sottoscritto/a _____

nat ____ a _____ il _____ stato civile _____

residente a _____ Via _____

tel. ____/____ codice fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso/a presso:

l'ammissione presso:

Centro Diurno Integrato

Servizio Notturno

DI

Cognome _____ Nome _____

nat ____ a _____ il _____ stato civile _____

residente a _____ Via _____

tel. ____/____ codice fiscale _____

Cittadinanza _____

Nome medico di base _____ Tel. _____

N° libretto sanitario _____ N° esenzione ticket _____

I SOTTOSCRITTI:

nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____ N. _____

grado di parentela _____ Tel. N. _____ / _____

nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____ N. _____

grado di parentela _____ Tel. N. _____ / _____

nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____ N. _____

grado di parentela _____ Tel. N. _____ / _____

DICHIARANO

- di assumersi in via solidale l'impegno di provvedere al pagamento del costo del Centro Diurno Integrato a decorrere dalla data di ammissione;
- di assumersi in via solidale l'impegno di provvedere al pagamento del costo del Servizio Notturno a decorrere dalla data di ammissione;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente il cambio del proprio indirizzo.
- di essere a conoscenza che la camera è adibita ad Ospiti di ambo i sessi e lo accettiamo.

L'impegno assunto si intende sulla base di quanto disposto dall'art. 433 del Codice Civile.

_____ li _____

firme per esteso
(e specifica del titolo:
marito, moglie, A.d.S. ecc.)

CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE (da allegare alla domanda di ammissione)

Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
residente a _____ Via _____ N. _____

ANAMNESI SINTETICA

QUADRO CLINICO ATTUALE

TERAPIA IN ATTO

ALLERGIE

É esente da malattie infettive?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
È vigile?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
È in ossigeno-terapia?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Presenta ulcere da _____?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Può camminare da solo?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Può camminare con aiuto?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Può camminare con ausili?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Si sposta con carrozzina?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
È allettato?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Mangia da solo?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Mangia con aiuto parziale?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Dipendenza totale?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Si veste da solo?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Si veste con aiuto?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Dipendenza totale?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Si lava da solo?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Si lava con aiuto?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Dipendenza totale?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Continente?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Incontinenza vescicale?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Incontinenza anale?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Catetere?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Psiche integra?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Fasi di confusione e disorientamento?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Fasi di agitazione psico-motoria?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Malattie psichiatriche?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

ESAMI RICHIESTI

Se affetto da Morbo di Alzheimer, allegare documentazione attestante la patologia.

Dr. _____ N. Cel. _____

(Timbro e firma del Medico curante)

Data _____