

**PIA CASA MONS. CASTAGNETTI - ONLUS**

Casa Protetta – Casa di Riposo

Viale Castagnetti 50

29010 PIANELLO V.T. (PC)

Tel. 0523 99 80 80 - Fax. 0523 99 72 52

e-mail: [info@castagnetti.net](mailto:info@castagnetti.net)

PIANELLO V.T., .....

**DOMANDA DI AMMISSIONE****A) INFORMAZIONI GENERALI**COGNOME ..... NOME ..... SESSO  M  F DATA NASCITA .....

LUOGO NASCITA ..... TEL. .... CELL. ....

RESIDENZA .....

STATO CIVILE ..... PROFESSIONE ..... FIGLI N° ..... M ..... F .....

FIGLI CON NUCLEO FAMILIARE. .... FIGLI SENZA NUCLEO FAMILIARE..... TITOLO DI STUDIO: .....

PARENTI AI QUALI RIVOLGERSI PER COMUNICAZIONI:

1) TIPO DI PARENTELA ..... COGNOME E NOME .....

INDIRIZZO..... TEL..... CELL.....

2) TIPO DI PARENTELA ..... COGNOME E NOME .....

INDIRIZZO ..... TEL. .... CELL. ....

**B) INFORMAZIONI SOCIO-SANITARIE**

MEDICO CURANTE..... DI ..... USL N° ..... DI .....

ESENZIONE TICKET  NO  SI  ETA'  INVALIDITA'  PATOLOGIAINVALIDITA' CIVILE  NO  SI  PARZIALE .....%  TOTALE

PRESENTATA IL ..... RICONOSCIUTA IL ..... INCASSATA IL ..... ALTRE INVALIDITA' .....

ASSISTITO DA STRUTTURE TERRITORIALI ..... QUALI .....

**C) INFORMAZIONI ECONOMICHE**

REDDITI DA PENSIONE 1) ..... 2) ..... 3) ..... ALTRI REDDITI .....

TOTALE REDDITO MESE ..... LA RETTA VERRA' PAGATA DA .....

**D) INFORMAZIONI SPECIFICHE**CONDIZIONI PSICHICHE  INTEGRE  CONFUSIONE E DISORIENTAMENTO MENTALE DEMENZA SENILE  AGITAZIONE PSICOMOTORIACONDIZIONI FISICHE 1) URINE →  INCONTINENTE  CATETERE  CONTINENTE2) FECI →  INCONTINENTE  CONTINENTE3) ULCERE DA DECUB. →  MULTIPLE  GRAVI  INIZIALI  ASSENTI

4) PESO .....KG. ALTRE INFORMAZIONI .....

PATOLOGIE  DIABETE  ALZHAIMER  PARKINSON  .....  .....NECESSITA' ASSIST. ALIMENTAZIONE  AUTONOMA  PARZIAL. AUTONOMA  CON AIUTO DI PERSONADEAMBULAZIONE  AUTONOMA  CON AIUTO  IN CARROZZELLA  ALLETTATASI LAVAVA DA SOLO/A  SI  NO FA IL BAGNO DA SOLO/A  SI  NO

CURE INFERMIERISTICHE NECESSARIE:

ANNOTAZIONI AGGIUNTIVE: