



A•N•P•AS

RICHIESTA DI OSPITALITÀ

(da compilarsi a cura dell'interessato stesso)

Io sottoscritto/a..... nato/a il.....

Residente a..... via..... N°.....

Telefono.....

Chiedo di entrare in Casa Famiglia per il periodo da..... a.....

- perché temporaneamente privo/a di aiuto familiare
- perché debilitato/a da ricovero ospedaliero
- per dare possibilità di vacanza ai miei familiari
- per avere un'opportunità di compagnia
- per improvvisa perdita di autonomia

Le seguenti informazioni servono a rispondere al meglio ai miei bisogni

-mi alzo e vado in bagno da solo sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	- cammino con aiuto sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
-cammino con il deambulatore sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	- cammino con le stampelle sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
-devo stare a letto sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	-sto in carrozzina di giorno sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
-porto il pannolone sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> / solo di notte sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	-uso il pappagallo per urinare sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
-ho il catetere sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	

-Per scaricarmi avviso io sì no , devo essere aiutato/a con.....

-prendo le medicine prescritte dal mio medico da solo sì no , triturate sì no

-sono d'accordo che le medicine mi siano date dalle volontarie secondo lo schema che il mio medico ha allegato sì no

-sono allergico a

-mangio da solo sì no , devo essere aiutato sì no , mangio frullato sì no

-faccio un riposino dopo mangiato sì no

-mi piace leggere sì no , vedere la televisione sì no , sentire musica sì no

-mi piace il caffè sì no , il the sì no , la camomilla la sera sì no

-ho udito normale sì no , ho vista normale sì no , difficoltà di parola sì no

-dormo bene sì no , soffro d'insonnia sì no , a che ora vado a letto.....

Il mio familiare di riferimento per qualsiasi necessità

è.....

Relazione di parentela.....residente a.....

Telefono.....

firma per accettazione.....

Il mio medico personale è il Dottor.....tel.....

Che resta il responsabile della mia salute e degli interventi di ordine sanitario

In caso di urgenza sono consapevole che sarò portato/a in ospedale con il 118 anche se non si trovano i miei familiari o il mio medico. Ho letto il Regolamento di Casa Famiglia che condivido e l'informativa per il consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili secondo la legge sulla privacy che firmo sul modulo allegato.

Data.....

Firma.....