



“Residenza alla Pace”

COOP. SERVIZI e SOLIDARIETA' SOCIALE - ONLUS -

Sede Legale Via Roncada 7- 46020 BORGOFRANCO SUL PO (MN)

P.I. 01665900203 N.Iscr.Albo A 108541-Capitale Sociale Variabile

R.I.MN 01665900203-REA MN 173544

E-mail – residenzaallapace@virgilio.it - www.residenzallapace.it

TEL 0386/41454 - FAX 0386/41455

DOMANDA DI ACCOGLIMENTO

Il/La sottoscritta _____

nato/a a _____ il _____

e residente in _____ Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

In qualità di (parente) _____

Recapito telefonico _____ Cell. _____ email _____

CHIEDE L'ACCOGLIMENTO PER

Cognome e Nome _____

Nato a _____ il _____ Età _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Tessera Sanitaria n. _____

Esenzione Ticket

sì no

Invalità

_____ %

Indennità di accompagnamento

sì no

Provenienza:

- dal domicilio;
- da altra RSA;
- dall'Ospedale;
- da Istituto di Riabilitazione;

TIPO DI RICOVERO

- a tempo determinato
- a tempo indeterminato

Data, _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

Consenso al trattamento dei dati.

Ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs 196/2003, consenso al trattamento dei dati personali e sanitari per le finalità inerenti la presente domanda, il ricovero e gli adempimenti relativi da parte della “Residenza alla Pace”.

Data, _____

FIRMA _____



“Residenza alla Pace”

COOP. SERVIZI e SOLIDARIETA' SOCIALE - ONLUS -

Sede Legale Via Roncada 7- 46020 **BORGOFRANCO SUL PO (MN)**

P.I. 01665900203 N.Iscr.Albo A 108541-Capitale Sociale Variabile

R.I.MN 01665900203-REA MN 173544

E-mail – residenzaallapace@virgilio.it - www.residenzallapace.it

TEL 0386/41454 - FAX 0386/41455

INFORMATIVA E RICHIESTA DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI D.Lgs 196/2003

Gentile Ospite, gentile Congiunto, gentile Tutore, con la firma che apporrà al presente documento, Lei autorizza o non autorizza la “Residenza alla Pace”, a raccogliere ed archiviare dati personali e sensibili che La riguardano.

Con riferimento a tali dati vi informiamo che i dati oggetti di trattamento saranno (art 11 D.Lgs.vo n. 196/2003):

- Trattati in modo lecito e secondo correttezza nel rispetto delle Misure Minime di Sicurezza previste agli artt. da 33 a 36 del Codice e dall’Allegato B dello Stesso;
- Raccolti e registrati per scopi determinati, espliciti e legittimi;
- Esatti e, se necessario, aggiornati;
- Pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti;
- Conservati in una forma che consenta l’identificazione dell’interessato per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti.

I dati vengono trattati in relazione alle esigenze contrattuali ed ai conseguenti adempimenti di legge connessi a norme civilistiche, fiscali, contabili dalle stesse derivanti, nonché per conseguire una efficace gestione degli scopi perseguiti dalla Residenza.

Con la presente si consente inoltre che vengano comunicate notizie a persone da Lei designate e che il Suo nominativo (ospite) compaia nella lista Ospiti affissa all’interno della Struttura e sulle targhette a muro.

I dati verranno trattati in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico e saranno trattati da personale opportunamente incaricato alla gestione degli stessi.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per tutto quanto è richiesto dagli obblighi legali e contrattuali e pertanto l’eventuale rifiuto di fornire tali dati potrà comportare la mancata o parziale stipula ed esecuzione di alcun contratto e l’impossibilità di garantirne il suo corretto svolgimento ai sensi degli adempimenti di legge, anche fiscali.

Il mancato conferimento, invece, di tutti i dati che non siano riconducibili ad obblighi legali o contrattuali verrà valutato di volta in volta dalla scrivente e determinerà le conseguenti decisioni rapportate all’importanza dei dati richiesti rispetto alla gestione del rapporto contrattuale.

Ferme restando le comunicazioni e diffusioni effettuate in esecuzione di obblighi di legge, una parte dei suoi dati dovrà essere comunicata agli Organi competenti e a soggetti esterni incaricati per conto nostro a svolgere specifici compiti, quali:

- istituti di credito
- professionisti e consulenti che svolgono per conto nostro specifici incarichi (tenuta contabilità, bilanci, adempimenti fiscali, gestione sistemi informativi, ecc...)

I dati verranno trattati per tutta la durata del rapporto con voi instaurato e anche successivamente per l’espletamento di tutti gli adempimenti di legge (per un periodo comunque non eccedente a quello necessario).

Relativamente ai dati medesimi, in ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti previsti dall’art. 7 del D.Lgs.vo n. 196/2003, nei limiti ed alle condizioni previste dagli articolo 8, 9 e 10 del citato decreto legislativo.

Titolare del trattamento dei dati è la “Residenza alla Pace” Coop. Servizi e Solidarietà Sociale ONLUS, con sede in Via Roncada 7, 46020 Borgofranco sul Po (MN), **legalmente rappresentata dal Dott. Guarnieri Mario.**

Responsabile del trattamento dei suoi dati personali è la **Sig.ra Celeghin Fabiana** che ai fini della presente legge ha il seguente indirizzo Via Roncada 7, 46020 Borgofranco sul Po (MN).

Vogliate esprimere il Vostro consenso al trattamento dei dati per le finalità di cui sopra apponendo la Vostra firma alla Presente.

DATA

FIRMA



SCHEDA CLINICA INFORMATIVA per il trasferimento del paziente

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> in Riab. SPECIALISTICA | <input type="checkbox"/> in RSA ed altre Strutture Socio-Sanitarie |
| <input type="checkbox"/> in Riab. MANTENIMENTO | <input type="checkbox"/> a Domicilio |
| <input type="checkbox"/> in Riab. GENERALE / GERIATRICA | |

Cognome e Nome paziente	.....	
nato/a	.....	il	.....
Comune di residenza			
Indirizzo			
CODICE FISCALE.....			

Sintesi diagnostica	➔	..... ..... .....
Evento indice e data insorgenza	➔	..... .....
Altre Patologie in atto ed eventuali allergie	➔	..... ..... .....
Terapia in atto	➔	..... ..... .....

Disfagia Si No Afasia/disartria Si No

Nutrizione per os Sondino PEG Parenterale

Respirazione normale Ossigeno Ventilazione meccanica con tracheostomia

Aspirazione secrezioni bronchiali Si No

Presenza deficit sensoriali Visivi Uditivi

Portatore di:

Pace Maker Catetere Catetere venoso centrale Pompa elastomerica

Tracheostomia Urostomia Colonstomia Catetere vescicale

Protesi Ortesi Quali:.....

Presenza Piaghe da decubito Si No Eventuali sedi

Altre lesioni: Si No

Segue →

STATO DI COSCIENZA	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo verbale	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> Non risponde
Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale	.....		
Deterioramento cognitivo	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> lieve/moderato		<input type="checkbox"/> grave
Comprensione ordini semplici	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Disturbi del comportamento	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> lievi/moderati		<input type="checkbox"/> gravi
↪ Specificare	..... ..... .....		

ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA


	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
Capacita' di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Continenza Sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cammina	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> protesi- ausili	<input type="checkbox"/> usa carrozzella
Allettato	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Se si, specificare da quanto tempo	mesi..... ..	anni.....

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

<i>Abitazione</i>	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche			
<i>Vive solo</i>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
<i>Supporto familiare /caregiver</i>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente		
<i>E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?</i>		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
<i>↪ Con quali risultati?</i>		<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Nullo	
<i>Attuale capacita' di collaborazione ad interventi riabilitativi:</i>			<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente
Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:			<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

Struttura inviante

In fede

.....


.....
 (timbro e firma del Medico)

Luogo e data,.....