



Azienda Servizi alla Persona

SANTA CHIARA

Via Paolo Gorini, 48 - 26900 Lodi

www.asplodi.it

Tel. 0371/403.1 - fax 0371/ 403448 - e-mail protocollo@asplodi.it

RICHIESTA DI ACCESSO AL RICOVERO TEMPORANEO IN REGIME DI EXTRARECETTIVITA'

(spazio per timbro di ricevuta, data e sigla
operatore)

Generalità dell'Interessato/a (soggetto per cui si chiede il ricovero)

Nome _____ Cognome _____ M F

Stato Civile _____ Cittadinanza _____ ASL Residenza _____

nato/a a _____ (_____) il _____

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____

residente a _____ (_____)

Via _____ n. _____ tel. _____ / _____

Forme di tutela: nessuna Amm. di Sostegno Curatore Tutore

Al momento della domanda il paziente si trova :

casa struttura (IDR, struttura privata...)

ospedale reparto:

Motivazione della richiesta di ricovero

Assenza del familiare di riferimento Ristrutturazione del domicilio

Assenza della badante

Periodo di ricovero concordato da _____ a _____

Medico Medicina Generale Dott. _____ **Tel:** _____

Persona/e di riferimento:

grado di parentela

cognome

nome

telefono



Azienda Servizi alla Persona

SANTA CHIARA

Via Paolo Gorini, 48 - 26900 Lodi

www.asplodi.it

Tel. 0371/403.1 - fax 0371/ 403448 - e-mail protocollo@asplodi.it

NOTE da SEGNALARE

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, dichiara sotto la propria responsabilità:

- Che il soggetto per cui è fatta richiesta di ricovero è nato/a in data e luogo sopra riportati;
- Che il soggetto per cui è fatta richiesta di ricovero è residente nel luogo sopra riportato;

Firma del Richiedente

PROFILI DI GRAVITA'			
Lesioni cutanee dal II° stadio in poi		classificazione NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel)	
<input type="checkbox"/> da pressione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Sede _____ _____
<input type="checkbox"/> vascolari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Sede _____ _____
Cadute negli ultimi sei mesi (anche senza conseguenze)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Numero delle cadute			
Ausili per il movimento		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Bastone / deambulatore		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Carrozzina		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Gestione incontinenza		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pannolone / catetere esterno		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Catetere vescicale a permanenza		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ano artificiale		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Stomia		<input type="checkbox"/> ureterostomia	<input type="checkbox"/> colostomia
			<input type="checkbox"/> tracheotomia
Gestione diabete		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Solo dieta		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Antidiabetici orali		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Insulina		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Alimentazione artificiale		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
S.N.G. (sondino naso gastrico)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
P.E.G.		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
N.P.T. (nutrizione parenterale totale)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Insufficienza respiratoria		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
O ₂ al bisogno		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
O ₂ costante		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dialisi		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dialisi peritoneale		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dialisi extracorporea		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Allergie Farmaci <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		Quali	
Allergie Alimenti <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		Quali	
TERAPIA FARMACOLOGICA			
_____ _____ _____ _____			
DIAGNOSI			
_____ _____ _____ _____ _____			

Data _____

Timbro e firma del medico _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL Dlgs 196/2003 "Codice Privacy" (da staccare e trattenere a cura dell'interessato)

Le rendiamo noto che i dati personali da Lei forniti per sé ovvero per il soggetto di cui Ella esercita potestà parentale/tutela/curatela, o acquisiti nel contesto della nostra attività potranno subire i trattamenti elencati dal Dlgs 196/2003 denominato "Codice in materia di protezione dei dati personali", ovvero: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione. Non avverrà la diffusione dei dati se non in forma anonima e non riconducibile al soggetto. Tali trattamenti verranno eseguiti nel rispetto degli adempimenti previsti dalla citata Legge.

Titolare dei dati personali contestualmente la A.S.L. della provincia di Lodi e le RSA accreditate facenti capo al programma SILA. I Responsabili del trattamento sono indicati nelle apposite sezioni all'indirizzo internet www.rsalodigiano.it. I dati sono raccolti c/o di Lei, ovvero c/o la A.S.L., Medico di Famiglia, Comune di Residenza ovvero altra RSA o struttura sanitaria che può fornire dati necessari al ricovero ed alla miglior tutela della sua salute e condizione socio-assistenziale. La raccolta dei dati avviene quale "finalità di rilevante interesse pubblico" ex art. 85 del Codice, in quanto la RSA è accreditata e convenzionata con il Servizio sanitario Nazionale a mezzo della ASL di pertinenza e pertanto finalizzata alla prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e tutela della salute dei soggetti assistiti.

La informiamo che i dati da Lei conferiti hanno natura obbligatoria e che il Suo eventuale rifiuto al conferimento a tale autorizzazione al trattamento o alla comunicazione potrà determinare la rescissione del rapporto ovvero l'impossibilità del suo instaurarsi. Le finalità del trattamento cui i Suoi dati potranno venire sottoposti sono relative alle attività specifiche del ns. servizio e possono comprendere: 1) assunzione di dati per necessità contrattuali e/o precontrattuali; 2) adempimenti e obblighi di legge; 3) esecuzione delle disposizioni degli organi di vigilanza (sanitario - assistenziale - economico fiscale ecc.); 4) necessità operative e di gestione interna; 5) finalità di tutela della salute; 6) scopi di statistica e di ricerca (con trattamento anonimo); 7) necessità di programmazione interna, territoriale regionale e nazionale, sia da parte dell'Ente che degli E.R. - Regione - Ministeri competenti; 8) scambio di informazione con altri servizi del comparto socio - sanitario e/o assistenziale (ad esempio ricovero in Ospedale ovvero trasferimento ad altro servizio); 9) adempimenti relativi a rendicontazioni sia di carattere economico che socio - sanitario - assistenziale con i Comuni di Residenza, ASL, Regione ecc..

Il trattamento dei dati in oggetto sarà eseguito anche mediante l'uso di strumenti automatizzati atti a collegarli secondo categorie, variabili a seconda delle diverse situazioni e necessità, anche a dati riferibili ad altri soggetti.

Tale trattamento sarà comunque svolto nel rispetto delle misure minime di sicurezza, facendo uso di mezzi che ne prevengano il rischio di perdita o distruzione, anche accidentale, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito.

I dati saranno posti a conoscenza del Titolare, del Responsabile e degli incaricati, ricompresi nelle categorie dei Responsabili di Unità Operativa, per quanto di loro competenza, delle Direzioni Mediche e Sociali, delle Amministrazioni (protocollo, Uff. Utente, Uff. Ragioneria, Economato ecc), del personale Infermieristico, di riabilitazione e di assistenza, del personale di animazione e delle Direzioni Generali.

La informiamo inoltre che i dati a Lei riferibili potranno venire trasmessi a quei soggetti cui disposizioni di legge danno facoltà di accesso, o a quei soggetti, il trasferimento ai quali si renda necessario al fine dello svolgimento della nostra attività o dell'offerta dei servizi da Lei richiesti (ad es. A.S.L., A. O., I.D.R. e strutture sanitarie in genere, altre RSA del territorio ecc.). La nostra società può far eseguire per suo conto i trattamenti di cui sopra (sempre nel rispetto delle suddette misure di sicurezza e riservatezza) da Società o Enti che offrano specifici servizi di elaborazione dati e/o da Società o Enti pubblici e privati la cui attività sia connessa, strumentale o di supporto a quella della ns. società o a quelle relative all'offerta dei servizi a Lei riferiti. L'elenco di tali società o enti, tempestivamente aggiornato, si trova presso la nostra sede ed è a Sua disposizione per la visione.

Il citato Codice (Dlgs 196/2003) stabilisce inoltre diritti che Lei potrà esercitare in merito al trattamento dei dati che La riguardano. Tali diritti vengono riportati di seguito nella presente informativa:

(Diritti dell'interessato) - L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile. L'Interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

dell'origine dei dati personali;

delle finalità e delle modalità del trattamento;

della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;

degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante eventualmente designato ai sensi dell'art. 5 comma2;

dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati;

L'interessato ha diritto di ottenere:

l'aggiornamento, la rettificazione, ovvero quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;

l'attestazione che le operazioni di cui ai precedenti due punti sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

L'interessato ha diritto di opporsi in tutto o in parte:

per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo di raccolta;

al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o comunicazione commerciale;

le conseguenze di un eventuale rifiuto di rispondere;

i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, e l'ambito di diffusione dei medesimi;

i diritti di cui all'art 7 (presente parte dell'informativa)

gli estremi identificativi del titolare e, se designati, del rappresentante nel territorio dello Stato e del responsabile.

Richiesta informazioni sulla Situazione Economica per l'ingresso presso:

"A.S.P. SANTA CHIARA DI LODI "

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

n. _____ abit. _____ cell. _____ ;

CHIEDE

di essere ospitato/a presso la Vs. Struttura per Anziani, ed essendo a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del T.U. approvato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sulle responsabilità penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

1. che la propria situazione economica relativa all'anno _____ denuncia anno _____ è di €. _____ / _____ come da certificazione allegata;

2. che è titolare di pensione cat. _____ per €. _____ / _____ mensili, di assegno di accompagnamento per €. _____ / _____ mensili e di esenzione ticket n. _____ .

(ovvero di avere / non avere già inoltrato domanda di assegno di accompagnamento);

3. che è titolare di altri redditi (specificare quali) :

a) _____ €. _____ / _____

b) _____ €. _____ / _____

ALLEGARE alla presente:

- Modello Cud / 730/ - Unico;
- Attestazione di garanzia del pagamento della retta di ricovero ; (Allegato 1):

In fede

Luogo, _____, il _____

FIRMA

**Da consegnare all'U.O.Economico-Finanziario dell'Ente nelle seguenti giornate:
lunedì/mercoledì/venerdì dalle ore: 11.00 -12.00 e dalle 14.00-15.00**

ALLEGATO N. 1

(Richiesta di informazioni sulla Situazione Economica - A.S.P " SANTA CHIARA " DI LODI)

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO AL PAGAMENTO DELLA RETTA DA PARTE DEI FAMILIARI tenuti per legge (C.C. art. 433) o DI CHI SE NE OCCUPA

Il/la sottoscritt o/a _____ nato/a
a _____ il _____ e residente a _____
_____ in Via _____ n. _____
☎ abit. _____ ☎ cell. _____ in qualità di _____
del Sig. _____;

Il/la sottoscritt o/a _____ nato/a
a _____ il _____ e residente a _____
_____ in Via _____ n. _____
☎ abit. _____ ☎ cell. _____ in qualità di _____
del Sig. _____;

ALLEGARE alla presente:

- Modello Cud / 730/ - Unico di ogni garante;

SI IMPEGNA E SI OBBLIGA IRREVOCABILMENTE

1. a garantire il pagamento anticipato (entro il giorno 10 di ogni mese) dell'intera retta mensile di ricovero a carico del proprio congiunto (**RETTA MENSILE ALL'INGRESSO** € _____ € _____/_____) accettando fin d'ora tutti gli eventuali aumenti e/o modifiche che verranno apportati alla retta stessa e tempestivamente comunicati dall'Amministrazione dell'Ente;
2. a provvedere al versamento del deposito cauzionale, infruttifero, di €. _____ entro 10 giorni dalla data di ingresso del proprio congiunto.
3. a provvedere per le dimissioni tempestive ed insindacabili dell'ospite su richiesta motivata dell'Amministrazione dell'Ente;
4. a produrre la dichiarazione del Comune che si fa garante del pagamento intero della retta o di quota parte di essa

Lodi, lì _____

FIRMA

**Da consegnare all'U.O. Economico-Finanziario dell'Ente nelle seguenti giornate:
lunedì/mercoledì/venerdì dalle ore: 11.00 -12.00 e dalle 14.00-15.00**