

Bagno a Ripoli (data consegna domanda)

Generalità dell'Ospite (soggetto per cui si chiede il ricovero):

NomeCognome

M [] F [] Stato Civile..... ASL Residenza.....

Nato/a a..... il

Codice FiscaleComune di residenza.....

Via/Piazza.....tel.....

Tessera sanitaria n.; medico curante

Tipologia ricovero:

[] Riabilitativo post-intervento ; [] temporaneo per attesa RSA

Al momento della presente domanda l'ospite si trova:

[] a Domicilio; [] in Ospedale; [] in altra residenza sanitaria

Al momento della presente domanda l'ospite chiede:

[] sistemazione camere doppia; [] sistemazione camera singola ;

Al momento della presente domanda l'ospite :

[] è stato nominato un Titolo di rappresentanza legale : [] no ; [] si nella figura di : [] Amministratore di sostegno ; [] Tutore ; [] Curatore : Nome

; cognome; telefono ; cell. Indirizzo e mail:.....;

Persona di riferimento:

nome.....cognome.....

Residente a.....via.....

telefono.....cell..... grado di parentela.....

Indirizzo e – mail:.....

Seconda persona di riferimento:

nome.....cognome.....

Residente a.....via.....

telefono.....cell..... grado di parentela.....

Indirizzo e – mail:.....

Al momento della presentazione della presente domanda di inserimento L’Ospite, il suo rappresentante legale o la persona di riferimento sono stati informati che Cure Intermedie “Blue Clinic Hospital “ :

1. è stata autorizzata al funzionamento con l’autorizzazione n. 38; rilasciata in data 29/07/2020; dal comune di Bagno a Ripoli;
2. possiede i requisiti generali e specifici per la tipologia di struttura che eroga servizi residenziali, previsti dal Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 29/R del 3 marzo 2010;
3. ha adottato il Regolamento interno della struttura, così come previsto dalla normativa regionale;
4. ha adottato la Carta dei Servizi così come previsto dall’art. 9 l.r. 41/2005;
5. ha adottato il regolamento di tutela degli Ospiti;

Al momento della presentazione della presente domanda di inserimento L’Ospite, il suo rappresentante legale o la persona di riferimento dichiarano di:

1. avere preso visione della struttura e degli ambienti che la compongono e di averla trovata di proprio gradimento;
2. di impegnarsi, qualora l'ammissione non dovesse avvenire entro il 30° giorno dalla data della presente domanda, a produrre un aggiornamento alla scheda medica;
3. Di sottoscrivere (al momento dell’ingresso) il modulo della dichiarazione al pagamento (allegato A / A1);
4. Di dare alla Direzione delle Cure intermedie “Blue Clinic Hospital “il consenso informato al trattamento dei dati (l. 196/2003).

Documenti da allegare alla domanda

- Scheda sanitaria dell'ospite redatta e sottoscritta dal medico curante;
- Copia Tessera sanitaria;
- Fotocopia documento di riconoscimento;
- Eventuale documentazione sanitaria recente (lettere di dimissione ospedaliera, esami, radiografie, referti che risalgano al massimo a 12 mesi precedenti);

Cosa portare per il suo ricovero

- Abbigliamento comodo per la fisioterapia
- Abbigliamento giornaliero
- Pigiama
- Biancheria da bagno
- Medicinali
- Ausili per la deambulazione
- Costume, cuffia, ciabatte (nel caso in cui la signora faccia Idrokinesi terapia)
- Spazzolino, dentifricio personale
- Sapone, shampoo personale
- Rasoio elettrico
- Pannoloni

Data _____

L'ospite o Il Referente

La direzione si riserva di decidere sull'eventuale ammissione.

SCHEDA SANITARIA

NOME

COGNOME

DATA DI NASCITA:

PATOLOGIA IN ATTO:

TERAPIA IN ATTO:

VALUTAZIONE FUNZIONALE: attività della vita quotidiana

Fare il bagno (vasca,doccia,spugnature)		Vestirsi (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti,inclusa biancheria intima,vestiti,uso delle allacciature)	
- Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo);	Si No	- Prendere i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza.	Si No
- Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso).	Si No	- Prendere i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe.	Si No
- Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo.	Si No	- Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.	Si No
Toilette (andare nella stanza da bagno per la minzione l'evacuazione,pulirsi,rivestirsi)		Spostarsi	
- Va in bagno,si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone,deambulatore o seggiola a rotelle,può usare vaso da notte o comoda svutandoli al mattino).	Si No	- Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore).	Si No
- Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da	Si No	- Compie trasferimenti se aiutato.	Si No
		- Allettato,non esce dal letto.	Si No

		Lesioni cutanee _____ _____ _____	
--	--	---	--

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO



GDPR: GENERAL DATA PROTECTION REGULATION - REG. UE/679/2016 – D. LGS. 196/03

IMPEGNATIVA PRIVACY PER LA DOMANDA DI RICOVERO

Ai sensi del Reg. UE/679/2016 e del D. Lgs. 196/2003 “ CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI”, Vi informiamo che:

1. i dati personali da Voi forniti saranno oggetto di trattamento nel rispetto della riservatezza e dei diritti dell'ospite tramite l'applicazione sistematica da parte nostra di apposite misure di tutela e garanzia predisposte sia per il trattamento cartaceo che elettronico dei dati e commisurate alla specificità del dato stesso (semplice dato personale oppure dato relativo allo stato di salute).
2. i dati personali dell'ospite e del suo nucleo familiare che sono raccolti all'atto della presente domanda di ricovero, sono strettamente funzionali al corretto raggiungimento delle finalità relative all'eventuale ricovero dell'ospite presso la nostra struttura
3. i dati relativi alla salute dell'ospite da noi raccolti all'atto della presente domanda di ricovero sono necessari e strettamente funzionali per adempiere alle successive procedure di ricovero.
4. il conferimento dei dati di cui ai punti precedenti è condizione necessaria per l'eventuale instaurazione del rapporto contrattuale con la nostra struttura
5. prima dell'atto dell'effettivo ricovero, che sarà subordinato alla firma del contratto con l'ospite e relativa informativa privacy, i dati personali e sensibili raccolti non saranno comunicati esternamente

Titolare del trattamento è **JOLE S.P.A.** nella persona del Legale Rappresentante, presso cui far valere i vostri diritti tra cui la modifica, la visione o la cancellazione dei Vostri dati personali.

(DA COMPILARSI A CURA DELL'OSPITE O DI UN RESPONSABILE DELL'OSPITE)

Il sottoscritto _____ (nome - cognome)
esprime il proprio consenso al trattamento dei dati, nei termini e per le finalità indicate nei punti della presente informativa.

Data _____

Firma _____