

All'Amministrazione
degli I.R.C.E.R.
Via XX Settembre, 1
62019 RECANATI (MC)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il
_____ a _____ e residente in
_____ - Via _____,
telefono n. _____,

CHIEDE

l'ammissione in **Residenza Protetta - posto letto non convenzionato** per:

cognome _____ nome _____ Stato civile _____
nato/a il _____ a _____
residente in _____ - Via _____
grado di parentela _____

Ai fini di detta ammissione dichiara quanto segue:

1. il MMG Dott. _____ ha richiesto la valutazione di idoneità per l'ingresso presso la Residenza Protetta – posto letto non convenzionato (allegato 1);
2. di impegnarsi a pagare la retta di degenza, sottoscrivendo all'uopo la convenzione predisposta dalla Fondazione;
3. di essere consapevole che l'inserimento nella lista d'attesa, decorrerà dal giorno in cui l'Unità Valutativa Interna della Fondazione avrà predisposto la Scheda di valutazione U.V.I. R.P. - posto letto non convenzionato.
4. Condizioni sociali e familiari:

_____.

Allega la sotto indicata documentazione:

- a) documento di identità del richiedente;
- b) documento di identità del soggetto per cui si richiede l'ammissione;
- c) tessera sanitaria del soggetto per cui si richiede l'ammissione;
- d) _____;
- e) _____.

Si esprime il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del G.D.P.R. 679/2016).

In fede

Recanati, li _____

Firma



RICHIESTA DI VALUTAZIONE IDONEITA' PER INGRESSO PRESSO LA RESIDENZA PROTETTA - POSTO LETTO NON CONVENZIONATO

Il sottoscritto Dott. _____

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

MEDICO DEL REPARTO /

DIVISIONE OSPEDALIERA _____ Azienda _____

Chiede la valutazione del proprio assistito per ingresso presso la Residenza Protetta - posto letto non convenzionato

SEZIONE A - DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO

COGNOME

NOME

M F

SESSO

DATA DI NASCITA

COMUNE DI NASCITA

TEL.

COMUNE DI RESIDENZA

VIA

N° CIVICO

CODICE FISCALE

INDIRIZZO PERSONA DI RIFERIMENTO

TEL. PERS. DI RIF.

PERSONA DI RIFERIMENTO

A tal fine dichiara che il proprio assistito possiede i seguenti requisiti di ammissione

SEZIONE B - REQUISITI DI AMMISSIONE IN RESIDENZA PROTETTA - POSTO LETTO NON CONVENZIONATO

NON AUTOSUFFICIENZA

NON ASSISTIBILITA' A DOMICILIO PER COMPLESSITA' DEL PAZIENTE

PRESENZA DI PROBLEMATICHE DI ORDINE SOCIO-AMBIENTALE

BASSO LIVELLO DI TUTELA SANITARIA (Medica, infermieristica, riabilitativa)

DIAGNOSI:

Il paziente è portatore di : lesioni da decubito: ____ grado (specificare 1°-2°-3°-4°)

pannolone

catetere vescicole

sond. naso-gastrico

uro- colostomia

racheotomia

accesso venoso per NPT

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Codice Fiscale e Partita I.V.A. 00091240432

Via XX Settembre, 1 - 62019 Recanati (MC) - Tel. (071) 7574270 - 7574292

• E-mail: fondazione@ircerassuntarecanati.it • Sito-Internet: www.ircerassuntarecanati.it