

## **RICHIESTA DI OSPITALITÀ**

di \_\_\_\_\_

stato civile \_\_\_\_\_

Alla

**RESIDENZA "PADRE PIO"**

*Residenza Protetta –Comunità Alloggio*

*Via Prati, 19*

*03021 Amaseno (FR)*

\_\_ I \_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono/cell. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

Chiede che la persona in oggetto nata a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ sia accolta presso la \_\_\_\_\_

Inoltre dichiara di non opporsi ad eventuali spostamenti di camera che dovessero verificarsi per esigenze interne dell'Istituto.

Fa presente \_\_\_\_\_

allega alla presente:

- 1) Certificato rilasciato dal medico curante;
- 2) Stato di famiglia o relativa autocertificazione.

\_\_\_\_\_, **li** \_\_\_\_\_

**FIRMA**

**Riservato all'ufficio** \_\_\_\_\_

Data entrata:.....
Reparto:.....
N° guardaroba:.....
Camera singola:.....
Categoria:.....

Ospite N.A.R.: SI NO
Entrata N.A.R.:.....
Giorni N.A.R.:.....
Proroghe:.....
Uscita N.A.R.:.....

Data arrivo:.....	di
Registrato:.....	
N° di prot.:.....	

## SCHEDA DI ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI DI AUTOSUFFICIENZA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Recapito parentale \_\_\_\_\_

(fare una X sulla risposta più vicina all'attuale condizione dell'anziano)

A) Condizioni generali	BUONE	MEDIOCRI	GRAVI
E' in grado di collaborare	SI	NO	
B) Mobilità			
Può salire o scendere le scale	SI	NO	SI CON AIUTO
Può camminare da solo	SI	NO	SI CON AIUTO
Può camminare con aiuto	SI	NO	SI CON AIUTO
Può camminare con protesi	SI	NO	SI CON AIUTO
Si sposta con carrozzella	SI	NO	SI CON AIUTO
Allettato _____ da quanto _____ mese _____ anno _____			
C) Si veste da solo	SI	NO	SI CON AIUTO
Si lava	SI	NO	SI CON AIUTO
Mangia da solo	SI	NO	SI CON AIUTO
Scrive	SI	NO	SI CON AIUTO
Legge	SI	NO	SI CON AIUTO
Utilizza da solo i servizi igienici	SI	NO	SI CON AIUTO
D) Psiche integra	SI	NO	
Con fasi di confusione	SI	NO	
Con fasi di disorientamento	SI	NO	
Con fasi di agitazione psicomotoria	SI	NO	
E) Sensorio	SI	NO	
Cecità	SI	NO	
Sordità	SI	NO	
Mutismo	SI	NO	
Disfasia	SI	NO	
F) Continenza	SI	NO	
Incontinenza vescicale	SI	NO	
Incontinenza anale	SI	NO	
Porta il catetere	SI	NO	
Porta il pannolone	SI	NO	

EVENTUALI CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA

---

---

---