

PRESENTATA IL

**Dati della persona per cui si chiedono i servizi**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_  
 Domiciliato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_  
 Stato civile \_\_\_\_\_ nome coniuge \_\_\_\_\_ figli \_\_\_\_\_  
 Tel \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
 Titolo di studio \_\_\_\_\_ professione pregressa \_\_\_\_\_  
 Pensione:  No  SI **Tipologia:**  Inps  ex Inpdap  reversibilità  sociale  altro \_\_\_\_\_

**Informazioni generali sulla situazione dell'anziano**

**Deambulazione:**  autonoma  assistita: (bastone girello sedia a rotelle) non deambula  allettato/a  
**Alimentazione:**  mangia da solo/a  deve essere imboccato **Usa il pannolone:**  si  no  
**Piaghe da decubito :**  no  si ( I stadio  II stadio) **Riposo notturno:** si no non sempre  
**Malattie infettive:**  no  Se si, quali \_\_\_\_\_  
**Patologie significative** \_\_\_\_\_  
**Vaccinazione Covid:**  1 dose (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)  2 dosi (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_) (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)  3 dosi (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_) (~~\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_~~) (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)  
 Covid: inizio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ guarigione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
**Esenzione ticket:** NO Si **Tipologia:**  invalidità patologia reddito altro \_\_\_\_\_  
**Invalità:** NO  IN ATTO Si \_\_\_\_\_ % **Ind. accomp.:** NO Si **L. 104/92:**NO Si  
**Presidi assegnati:** pannoloni Sedia a rotelle  girello diabetici altro \_\_\_\_\_  
**Medico curante** Dott. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 La domanda ha carattere di urgenza No SI **Motivo urgenza:** \_\_\_\_\_

**Dove si trova l'anziano/a**

Casa propria con badante  vive con i figli o altro parente RSA \_\_\_\_\_  
 Ospedale \_\_\_\_\_ Piano \_\_\_\_\_ reparto \_\_\_\_\_  
 altro \_\_\_\_\_

**Persona responsabile per l'anziano**

Cognome ..... Nome .....  
 Nato a .....(.....) il .....  
 Grado di parentela ..... C.F. ....  
 Residente a .....(.....) Via ..... N.....  
 Domiciliato a .....(.....) Via ..... N.....  
 Tel. .... cell .....  
 Mail .....

**ALTRI FAMILIARI/ PERSONE DI RIFERIMENTO**

GRADO DI PARENTELA	NOMINATIVO	RECAPITI

Firma dell'anziano

.....

Firma del responsabile per l'anziano

.....

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del art. 7 GDPR 679/16 autorizzo in qualità di responsabile dell'anziano, la Casa di Ospitalità Collereale al trattamento dei dati personali dello stesso anziano che è diretto all'espletamento delle funzioni istituzionali della stessa, in virtù dei compiti attribuitigli dalla Legge e dai regolamenti. Prendo atto che i dati in possesso della Casa Collereale possono essere fatti oggetto di comunicazione ai seguenti soggetti:

- a) ad altri enti pubblici, nei casi e nei modi previsti dal GDPR 679/16;
- b) a soggetti privati (ditte o consulenti) che abbiano con l'IPAB Collereale contratto per l'elaborazione o la catalogazione di detti dati o che abbiano l'incarico di prestare servizi o di evadere le pratiche relative all'anziano richiedente l'ammissione ed i connessi servizi, cui si riferiscono i dati stessi, per conto della Casa.

Firma dell'anziano

e/o in sua vece del responsabile per l'anziano

.....

.....

## DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- Certificato medico da cui risulta, che l'interessato/a non sia in atto affetto/a da malattie infettive (diverse da COVID 19);
- fotocopia carta d'identità - tessera sanitaria;
- fotocopia documenti d'identità del responsabile per l'anziano;
- Relazione sanitaria, redatta dal medico curante, con anamnesi patologica remota, prossima e terapia in atto
- Elenco vaccinazioni effettuate (antinfluenzale, ecc.)
- Certificato vaccinale covid (per singola dose) e GREEN PASS
- ESAMI EMATOCHIMICI: emocromo, sideremia, Ferritina, VES, glicemia, colesterolo Tot., colesterolo HDL, trigliceridi, creatinemia, azotemia, Na, K, Mg, Ca, Proteine tot. e protidogramma, GOT, GPT, Bilirubina frazionata, colinesterasi, PT, PTT, fibrinogeno, Es urine, Markers epatici: HBsAg, HBsAb, HBcAb, HCVAb, PCR, CPK.
- Video dell'anziano/a (dove lo stesso risponde a delle domande sulla data, sul tempo, sulla stagione, sui suoi dati personali; e dove si vede eventuale deambulazione) da visionare per valutazione da parte del NIV (Nucleo Interno di Valutazione).
- Eventuali esenzioni ticket;
- Eventuali concessioni presidi (pannoloni, medicazioni per piaghe, ecc.);
- libretto sanitario in originale (per eventuale cambio medico, dopo il periodo di isolamento);
- Fotocopia eventuale verbale di invalidità e L. 104 (senza OMISSIS);
- Eventuale nomina del tribunale di nomina di Tutore o amministratore di sostegno o altro.

Firma dell'anziano

e/o in sua vece del responsabile per l'anziano

.....

.....