



CASA HERMES

Domanda  
Ammissione

**RICHIESTA OSPITALITA' DI** \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
E RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

Chi agisce per nome e per conto della persona alla quale si chiede l'ammissione in struttura in qualità di:

Figlio\la       Tutore       Amministratore di sostegno       \_\_\_\_\_

\_\_L\_\_ SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_  
NAT\_\_ A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
E RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
TEL. \_\_\_\_\_ CEL \_\_\_\_\_  
EMAIL \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

l'accoglienza presso

- CASA DI RIPOSO
- RESIDENZA PROTETTA
- RESIDENZA PROTETTA DEMENZA

#### DICHIARA

1. di conoscere ed accettare che la "Casa Hermes" eroga prestazioni di miglioramento del confort alberghiero e prestazioni socio sanitarie aggiuntive rispetto agli standard regionali (climatizzazione di tutti gli ambienti di vita, lavaggio indumenti personali, servizio barbe e taglio capelli. Inoltre, prestazioni aggiuntive socio sanitarie – Responsabile dell'infermeria, Psicologa, Assistente Sociale, Infermieri e OSS – e attività di Animazione);
2. di impegnarsi a corrispondere al pagamento anticipato della retta mensile il 5 di ogni mese;
3. di accettare che la retta venga determinata a seguito di valutazioni rivedibili durante il periodo di ospitalità presso la "Casa Hermes";
4. di conoscere ed accettare la "Carta dei Servizi Casa di Riposo e Residenza Protetta Hermes";
5. di accettare che la struttura si riservi di valutare la domanda di ammissione in base alla congruità delle caratteristiche assistenziali dell'ospite.

Loreto, \_\_\_\_\_

FIRMA



CASA HERMES

Domanda  
Ammissione

## DOCUMENTI DA PRESENTARE AL MOMENTO DELL'INGRESSO

1. Documento d'identità valido;
2. Certificato di stato di famiglia o autocertificazione;
3. Certificato di residenza o autocertificazione;
4. Certificato di nascita o autocertificazione;
5. Tessera sanitaria;
6. Certificato di esenzione da ticket sanitario;
7. Fotocopia del verbale d'invalidità e accompagnamento, se posseduta;
8. Autorizzazione per gli ausili concessi dall'ASUR, se posseduta;
9. Certificato medico per l'ammissione come da formulario predisposto dall'ente,
10. Copia della cartella clinica dell'eventuale ultimo ricovero ospedaliero;
11. Certificato dell'Unità Valutativa Geriatrica (U.V.I.)
12. Documento attestante il pagamento sia del deposito cauzionale che della prima retta;
13. Cedolini di pensione, vitalizi, ecc., dell'anno in corso.
14. Dichiarazione di presa visione del regolamento e adesione alle norme ivi contenute;
15. Relazione dell'assistente sociale se l'anziano non ha familiari tenuti all'assistenza;



CASA HERMES

Domanda  
Ammissione

### SCHEDA MEDICO VALUTATIVA

A Cura Del Medico curante del/la Sig./ra \_\_\_\_\_

Medico di medicina generale Dott. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Da quanti anni cura il/la paziente?

- Paziente occasionale
- Da qualche anno (almeno 5 anni)
- Da molti anni (oltre 5 anni)

Proveniente da:

- Abitazione
- Famiglia
- Ospedale
- Altra struttura
- Assistito/a a domicilio

Ricoveri ospedalieri negli ultimi 2 anni  SI  NO

Tipo di invalidità: \_\_\_\_\_

Percentuale di invalidità: \_\_\_\_\_ %

Indennità di accompagnamento:  SI  NO

Diagnosi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Terapia in atto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Terapia del dolore \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Farmaco con piano terapeutico \_\_\_\_\_

Intolleranza a farmaci \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Respirazione

- Autonoma
- Dispnea
- Ossigenoterapia



CASA HERMES

Domanda  
Ammissione

Alimentazione

- Autonoma  
 Necessità di qualcuno che fornisca assistenza attiva

Va imboccato

SNG posizionato il \_\_\_\_\_

PEG posizionato il \_\_\_\_\_

Allergie alimentari \_\_\_\_\_

- Celiachia  
 Diabete    € Tipo I    € Tipo II

Altezza \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Kg

Disfagia:  SI     NO    Se si

Disfagia solidi

Disfagia liquidi

Eliminazione urinaria/ausili

- Autonoma  
 Catetere vescicale tipo \_\_\_\_\_ Ch \_\_\_\_\_ Autorizzazione:  SI     NO  
 Pannolone Autorizzazione:  SI     NO  
 Stomia urinaria \_\_\_\_\_ (tipo \_\_\_\_\_ misura \_\_\_\_\_)

Eliminazione intestinale/ausili

- Autonoma  
 Utilizzo lassativi o clisteri evacuativi  
 Pannolone Autorizzazione:  SI     NO  
 Colostomia/ileostomia \_\_\_\_\_ (tipo \_\_\_\_\_ misura \_\_\_\_\_)

Mobilità

- Autonoma  
 Si veste da solo  
 Con ausili (Quali?) \_\_\_\_\_  
 Con aiuto  
 Allettato  
 Letto/poltrona  
 Postura obbligata per patologia

Stato neuropsichico

- Vigile e collaborante  
 Orientato  
 Capacità di comprendere e comunicare informazioni  
 Disorientato  
 Deficit cognitivo:  Lieve     Medio     Grave  
 Agitato  
 Disturbi comportamentali, se si quali \_\_\_\_\_  
 Demenza senile  
 Malattia di Alzheimer



CASA HERMES

Domanda  
Ammissione

Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici?  SI  NO

Capacità sensoriali di comunicazione

- Normale
- Disturbi del linguaggio
- Afasia
- Disartria
- Altro \_\_\_\_\_
- Disturbi dell'udito. Protesi  SI  NO
- Disturbi della vista

Presidi/Dispositivi

- Drenaggio tipo e sede \_\_\_\_\_
- CVP
- CVC
- PICC
- MIDLINE
  
- Cute integra  Lesione LDP Stadio \_\_\_\_\_

E' esente da malattie infettive in atto e può vivere in comunità?  SI  NO

Per quanto sopra il/la paziente è in condizioni di:

- AUTOSUFFICENZA
- SEMI AUTOSUFFICENZA
- NON AUTOSUFFICENZA

Firma del Medico

\_\_\_\_\_

Gentile Signore/a,

la Fondazione Opere Laiche Lauretane e Casa Hermes in qualità di titolare del trattamento, la informa ai sensi dell'art.13 del GDPR 679/2016 che i dati da Lei forniti, potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza.

Per trattamento dei dati personali si intende la loro raccolta, registrazione, organizzazione, strutturazione, conservazione, adattamento o modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione di dati anche se non registrati in una banca di dati.

La informiamo inoltre che i dati personali a Lei riferibili saranno trattati nel rispetto delle modalità indicate nell'art.5 del GDPR 679/2016 il quale prevede che i dati siano trattati in modo lecito, corretto e trasparente nei confronti dell'interessato; raccolti per finalità determinate esplicite e legittime e successivamente trattati in modo che non sia incompatibile con tali finalità; adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali sono trattati; esatti e, se necessario, aggiornati; conservati in una forma che consenta l'identificazione degli interessati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati; trattati in maniera da garantire un'adeguata sicurezza dei dati personali, compresa la protezione, mediante misure tecniche e organizzative adeguate, da trattamenti non autorizzati o illeciti e dalla perdita, dalla distruzione o dal danno accidentali.

### **Finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali**

I Suoi dati personali, compresi quelli dei Suoi familiari o di chi esercita legalmente la potestà, da Lei forniti, ovvero altrimenti acquisiti, verranno trattati per l'organizzazione e gestione dell'attività di cura e assistenza socio-sanitaria effettuata presso la struttura, oltre agli aspetti di carattere amministrativo, per gli adempimenti che ottemperano agli obblighi contabili, fiscali e giuridici in tema di ricevute di pagamento, registrazione e conservazione dei documenti ai sensi delle vigenti leggi.

Poiché nel corso di tale rapporto, il nostro Ente può venire a conoscenza di dati che la legge definisce "particolari" quali in particolare quelli idonei a rivelare lo stato di salute, La invitiamo a fornirci il Suo consenso scritto al trattamento di tali dati personali

La informiamo inoltre che nel corso della sua permanenza possono essere effettuate riprese o foto, per cui La invitiamo a fornirci il Suo consenso scritto per la sua pubblicazione nel sito internet della fondazione o in giornalini, riviste attraverso le quali vengono dimostrate le attività dell'Ente o necessarie per la raccolta fondi.

Nella Casa di Riposo è attivo un sistema di videosorveglianza esterna (telecamere a circuito chiuso) allo scopo di tutelare l'incolumità fisica degli ospiti, prevenendo situazioni potenzialmente pericolose, nonché per finalità di sorveglianza contro intrusioni da parte di terzi. Gli interessati sono informati che stanno per accedere o che si trovano in un area video sorvegliata segnalata da apposita cartellonistica o con una stilizzazione esplicita. Gli interessati sono informati anche con un avviso circostanziato che riporta tutti gli elementi previsti dall'art.13. Tutte le persone autorizzate ad utilizzare gli impianti sono stati designati per iscritto. Le immagini sono trattate nel pieno rispetto delle norme di legge, secondo principi di liceità e correttezza ed in modo da tutelare la riservatezza delle persone. L'impianto è attivo 7 giorni su 7, 24 ore su 24. Le immagini potranno essere "comunicate" cioè rese "disponibili", a soggetti quali Forze di Polizia ed altre Autorità competenti.

### **Base giuridica del trattamento**

Il conferimento dei dati si basa sul consenso dell'interessato o di chi esercita legalmente la potestà

### **Destinatari o categorie di interessati**

Il Suoi dati potranno essere comunicati e successivamente trattati da:

- Direttore Sanitario
- Medico Curante
- Personale incaricato al trattamento
- Personale sanitario esterno
- Asur
- Inps
- Poste o altre società di recapito della corrispondenza
- Farmacie

## **Periodo di conservazione**

Per i dati sanitari non è previsto un limite nella conservazione, mentre per quelli di natura fiscale e contabile la conservazione è 10 anni come previsto per legge

## **Le conseguenze di un eventuale rifiuto alla comunicazione dei dati personali**

Il conferimento dei dati personali e sensibili ha natura obbligatoria per gli adempimenti di natura fiscale e contrattuale e per l'attività di cura e assistenza socio sanitaria. L'eventuale mancata o errata comunicazione da parte Sua di informazioni a noi necessarie comporterebbe quindi l'impossibilità da parte nostra di fornire un servizio confacente alle Sue necessità e di adempiere agli obblighi sopra indicati e in particolare per ciò che riguarda la normativa in materia fiscale e quella civilistica del contratto.

## **Diritti dell'interessato**

La informiamo altresì che come interessato Lei ha il diritto di accedere, rettificare, cancellare, limitare, opporsi al trattamento oltre alla possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento e di proporre reclamo all'Autorità secondo quanto previsto dagli articoli dal 15 al 22 del GDPR 679/2016, indirizzando la relativa richiesta al Titolare del Trattamento

## **Estremi identificativi del Titolare e del Responsabile**

Il titolare del trattamento è la Fondazione Opere Laiche Lauretane e Casa Hermes con sede a Loreto (AN) Via Guglielmo Marconi, 21

Il responsabile del trattamento dei dati è il Direttore della Fondazione

### **Formula di acquisizione del consenso dell'interessato**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ in qualità di ospite della  
Fondazione "Il Chiostro"/ familiare dell'ospite \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del GDPR 679/2016, circa le finalità, le modalità e l'ambito di comunicazione dei dati oggetto del trattamento e dei diritti ad esso spettanti

esprime il proprio consenso  nega il proprio consenso

al trattamento dei propri dati personali e particolari obbligatori per le finalità riportate nell'informativa

esprime il proprio consenso  nega il proprio consenso

per la pubblicazione e diffusione dell'immagine per le finalità e con le modalità riportate nell'informativa

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del GDPR 679/2016, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "particolari", vale a dire i dati *"idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"*

esprime il proprio consenso  nega il proprio consenso

per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_