

Loreto, li _____

RICHIESTA OSPITALITA'

DI _____

Al Presidente
della Fondazione Opere Laiche
Lauretane e Casa Hermes
Via S.Francesco, 52
60025 Loreto (AN)

___L___ SOTTOSCRITT _____

NAT ___ A _____ IL _____

E RESIDENTE A _____ VIA _____ N. _____

IN QUALITA' DI _____ TEL. _____

PRESA CONOSCENZA DELLA CARTA DEI SERVIZI, CHIEDE CHE LA PERSONA IN OGGETTO NATA

A _____ IL _____ Cod. Fisc.: _____

SIA ACCOLTA PRESSO LA CASA DI RIPOSO / RESIDENZA PROTETTA CASA HERMES.

Dichiara di impegnarsi personalmente al pagamento anticipato della retta mensile il 5 di ogni mese, autorizzando il proprio congiunto a delegare la fondazione alla riscossione di ogni trattamento pensionistico, (di cui si allega copia) in caso di ritardo o sospensione del pagamento della retta mensile.

Dichiara, inoltre, di accettare le prestazioni di miglioramento del confort alberghiero e prestazioni socio sanitarie aggiuntive che la struttura garantisce rispetto agli standard regionali. In particolare, sono compresi nel costo della retta: climatizzazione di tutti gli ambienti di vita, apparecchi telefonici in camera, 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.

Allega alla presente:

1. Certificato del medico curante con le indicazioni previste dall'art.2 comma "c" della carta dei servizi;
2. Certificato di nascita e residenza in originale (autocertificazione);
3. Stato di famiglia in originale (autocertificazione);
4. Scheda di accertamento delle condizioni di non autosufficienza;
5. Certificato medico per l'ammissione come da formulario predisposto dalla fondazione unitamente alla copia della cartella clinica dell'eventuale ultimo ricovero ospedaliero;
6. Fotocopia del verbale di invalidità, se posseduta;
7. Fotocopia libretto sanitario ed eventuale esenzione da ticket;
8. Relazione dell'assistente sociale se l'anziano non ha familiari tenuti all'assistenza;
9. Dichiarazione di presa visione della carta dei servizi e di adesione a tutte le norme ivi contenute;
10. Cedolini di pensione, vitalizi, ecc., dell'anno in corso.
11. Copia documento di identità.

FIRMA _____

**FONDAZIONE
OPERE LAICHE LAURETANE E CASA HERMES
LORETO**

SCHEDA DI ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA

A) COGNOME _____ NOME _____ SESSO _____
NATO A _____ IL _____ RESIDENTE A _____
VIA _____ N. _____ TEL. _____
COD.FISC.: _____ RECAPITO PARENTALE _____

(contrassegnare con una x)

- | B) Condizioni generali attuali | Buone _____ | Mediocri _____ | Gravi _____ |
|--|-------------|----------------|-------------|
| E' in grado di collaborare | si | no | con aiuto |
| C) Mobilità: | | | |
| Può salire o scendere le scale | si | no | con aiuto |
| Può camminare da solo | si | no | con aiuto |
| Può camminare con aiuto | si | no | con aiuto |
| Può camminare con protesi | si | no | con aiuto |
| Si sposta con carrozzella | si | no | con aiuto |
| Allettato - da quanto | _____ mese | _____ anno | _____ |
| D) | | | |
| Si veste da solo | si | no | con aiuto |
| Si lava | si | no | con aiuto |
| Mangia da solo | si | no | con aiuto |
| Scrive | si | no | con aiuto |
| Utilizza da solo i servizi igienici | si | no | con aiuto |
| E) | | | |
| Psiche Integra | si | no | |
| Con fasi di confusione | si | no | |
| Con fasi di disorientamento | si | no | |
| Con fasi di agitazione psicomotoria | si | no | |
| F) | | | |
| Sensorio | si | no | |
| Cecità | si | no | |
| Sordità | si | no | |
| Mutismo | si | no | |
| Disfasia | si | no | |
| G) | | | |
| Continenza sfinteri | | | |
| Incontinenza vescicale | si | no | |
| Porta il catetere | si | no | |
| Incontinenza anale | si | no | |
| H) Eventuali altre condizioni di non autosufficienza _____ | | | |

GIUDIZIO COMPLESSIVO _____

DATA

Firma e timbro
del medico curante

**CASA HERMES
LORETO**

SERVIZIO DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI

**CERTIFICATO MEDICO
PER L'AMMISSIONE**

ESITO DELLA VISITA MEDICA praticata al __ Sig. _____

Nat __ a _____ il _____ residente a _____

Via _____ n. _____

Libretto sanitario n. _____ Esenzione ticket _____

Notizie preliminari

Da quanti anni cura il/la paziente?

- paziente occasionale
- da pochi mesi
- da qualche anno
- da molti anni

A N A M N E S I

RICOVERI OSPEDALIERI NEGLI ULTIMI DUE ANNI

Ricoveri n° _____ complessivi di ricovero (circa) _____

Malattie che lo hanno determinato:

ULTIMO RICOVERO OSPEDALIERO: data di entrata _____

Data di dimissione _____ diagnosi: _____

NOTIZIE SULLO STATO PSICHICO E MENTALE

(rispondere si o no)

- L'anziano:
- è agitato? _____
 - è vigile? _____
 - è provvisto di capacità critica? _____
 - possiede memoria recente? _____
 - ha l'orientamento tempo – spaziale? _____
 - è soggetto a forti crisi depressive? _____
 - è stato ricoverato in case di cura per malattie mentali? _____
 - è stato seguito dai Centri di Igiene Mentale? _____

MALATTIE INFETTIVE

L'anziano ha in atto malattie infettive? _____

Se si, quali? _____

In passato ha avuto malattie infettive? _____

Se si, quali? _____

EVENTUALI ALTRE NOTIZIE

Intolleranza ai farmaci: _____

Reazioni immunologiche: _____

DIAGNOSI

TERAPIE IN CORSO

CONCLUSIONE AI FINI DELL'AMMISSIONE

Ritengo che l'anzian ___ è / non è bisognevole di particolari cure igieniche, dietetiche e medicamentose.

Dichiaro che l'anzian ___ è / non è in buone condizioni fisico – psichiche e in grado di attendere a se stesso.

In fede,

Data _____

(timbro e firma del medico curante)

Indirizzo _____

N.B.: IL PRESENTE CERTIFICATO CHE SARA' PARTE INTEGRANTE DELLA CARTELLA PERSONALE DELL'ASSISTITO E' VALIDO SOLTANTO SE COMPILATO PER INTERO CON FIRMA ED INDIRIZZO DEL MEDICO LEGGIBILI.

Loreto, li _____

Al Presidente
della Fondazione Opere
Laiche Lauretane e
Casa Hermes
Via S. Francesco, 52

60025 LORETO AN

_____ I _____ sottoscritt _____

DICHIARA

- di aver ricevuto da codesta amministrazione la carta dei servizi della Casa Hermes, di averne preso visione e di aderire a tutte le norme ivicontenute;
- di informare l'amministrazione stessa in caso di inabilitazione o interdizione dell'ospite sig. _____

In Fede,

Firma _____

(allegato alla richiesta di ammissione)