

Prot.n. _____ del _____

AL DIRETTORE
DELLA FONDAZIONE BONI ONLUS
VIA CADORNA, 4
46029 SUZZARA (MN)

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO _____ SIG. _____

Io sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Telefono _____

Nella persona del Sig. _____

Grado di parentela _____

Telefono _____

CHIEDO

- di poter usufruire del servizio _____ dal _____ al _____

per un periodo complessivo di _____ e dichiaro quanto segue:

- di sottoscrivere direttamente o da parte del servizio inviante l'impegnativa di spesa per il pagamento del servizio;
- di presentare la scheda socio-sanitaria compilata a cura dei Servizi Sociali Comunali e dal medico di base e tutte le certificazioni richieste;
- di non essere affetto da malattie contagiose;

- di essere a conoscenza del fatto che la Commissione interna si riserva di valutare la possibilità di effettuare o non effettuare l'accoglienza in base alla certificazione prodotta e/o alla valutazione dell'equipe che effettuerà la visita al potenziale ospite;

- di essere a conoscenza che qualora la permanenza nel servizio dovesse risultare a giudizio della Direzione Sanitaria o Amministrativa incompatibile con l'organizzazione del servizio o con il livello di assistenza che l'Ente può fornire, l'Amministrazione della fondazione si riserva la facoltà di sospendere in qualsiasi momento l'erogazione del servizio, previa segnalazione ai servizi territoriali di competenza.

In fede _____

Dati anagrafici parenti di riferimento

FAMIGLIARI

a) COGNOME NOME _____

Residente a _____ via _____

Telefono _____

Grado di parentela _____

b) COGNOME NOME _____

Residente a _____ via _____

Telefono _____

Grado di parentela _____

c) COGNOME NOME _____

Residente a _____ via _____

Telefono _____

Grado di parentela _____

STATO DI COSCIENZA	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo verbale	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> Non risponde
Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale			
Deterioramento cognitivo	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> lieve/moderato		<input type="checkbox"/> grave
Comprensione ordini semplici	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Disturbi del comportamento	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> lievi/moderati		<input type="checkbox"/> gravi
↳ Specificare			


ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
Capacita' di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Continenza Sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cammina	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> protesi-ausili	<input type="checkbox"/> usa carrozzella
Allettato	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Se si, specificare da quanto tempo	mesi..... ..	anni.....

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

Abitazione	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche	
Vive solo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Supporto familiare /caregiver	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------

 Con quali risultati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Positivo	Parziale	Nulla

Attuale capacita' di collaborazione ad interventi riabilitativi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Presente	Parziale	Assente
Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Presente	Parziale	Assente

Struttura inviante

.....



.....

In fede

.....

(timbro e firma del Medico)

Luogo e data,.....