



**FONDAZIONE "BEVILACQUA RIZZI" ONLUS**

Via G. Oberdan n. 15 – 26021 Annicco (CR)  
Tel. 0374/79.132 – Fax 0374/36.91.14 P.iva e Cod.fiscale: 00894300193  
E-mail: [bevilacquarizzionlus@libero.it](mailto:bevilacquarizzionlus@libero.it)  
Posta elettronica certificata : [bevilacquarizzionlus@pec.it](mailto:bevilacquarizzionlus@pec.it)  
Sito Internet: [www.fondazionebevilacquarizzi.it](http://www.fondazionebevilacquarizzi.it)

**DOMANDA DI AMMISSIONE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ (prov.di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Telefono n° \_\_\_\_\_ in qualita' di \_\_\_\_\_

Del/della Sig./Sig.ra

Nato/a \_\_\_\_\_ (prov.di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

C.a.p. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il ricovero del/della medesimo/a presso codesta struttura socio-sanitaria per anziani.

Altri recapiti telefonici dei familiari:

COGNOME E NOME

GRADO DI PARENTELA

N. TEL.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*In ottemperanza alle disposizioni di cui alla legge 675 del 31/12/1996 e successive  
modificazioni ed integrazioni \_/ \_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_  
Acconsente al trattamento dei suoi dati personali e di quelli del suo familiare.*

\_\_\_\_\_

*Data, \_\_\_\_\_*

## Certificato medico

Medico curante:

- Dott. \_\_\_\_\_

- Indirizzo : \_\_\_\_\_

Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_

Esenzione ticket \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

DIAGNOSI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Notizie anamnestiche rilevanti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergia a farmaci :     SI                     NO                     Non nota

Piaghe da decubito (descrizione e sede) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CONDIZIONE PSICHICHE**

Stato emotivo :     adeguato  
                           Ansia  
                           Depressione

Comportamenti disturbanti:

- Aggressivita' fisica
- Aggressivita' verbale
- Vagabondaggio
- Bulimia
- Irrequietezza
- Disinibizione sessuale

Disturbi del pensiero:

- Idee deliranti
- Allucinazioni

Valutazione cognitiva attuale ( disorientamento temporo-spaziale, turbe mnesiche )

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ha avuto ricoveri in ospedali psichiatrici ?                     si                     no

E' in cura presso servizi psichiatrici                     si                     no

Tentati suicidi:                     si                     no

Dipendenza alcolica                     Farmacologica                     Altre

Eventuali notizie che si ritiene opportuno fornire \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Certifico che il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_ non ha in atto  
malattie infettive/contagiose/psichiche che controindicano la vita in comunita'.*

*Il Medico curante  
Timbro e firma*

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