



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 : direzione@fondazionebevilacquarizzi.it
Posta elettronica certificata : bevilacquarizzionlus@pec.it
Sito Internet: 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 : _____

<i>Tessera Sanitaria</i> _____
<i>Esenzione ticket</i> _____

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* _____