

DOMANDA D'AMMISSIONE PREVENTIVA CASA PER ANZIANI

DATI ANAGRAFICI

Cognome

Nome

Sesso M F

Data di nascita / / (giorno, mese, anno)

No. AVS

Luogo di nascita

Attinenza

Domicilio Indirizzo, via:.....
NAP:..... Luogo:.....

Stato civile nubile/celibe sposata/o
 vedova/o separata/o o divorziata/o

Maternità (nome e cognome da nubile)

Paternità

In caso di matrimonio: data e nome del coniuge:

In caso di divorzio o decesso del coniuge, data:

Nazionalità svizzera italiana
 tedesca altro

Religione

Lingua madre

Conoscenze linguistiche

Cassa malati Sezione di

Medico curante No.tel.

Indirizzo medico

DOMANDA PRESENTATA A TITOLO:

- preventivo / cautelativo soggiorno temporaneo
- a breve termine (settimane) immediato

DIMORA ATTUALE DEL RICHIEDENTE

Dove risiede attualmente il richiedente:

- domicilio ospedale / clinica (quale?)
- istituto per anziani Clinica psichiatrica cantonale

Con chi vive (o viveva prima del ricovero in ospedale o altro istituto):

- sola/o con coniuge / convivente
- con figli con altri parenti
- con altre persone non parenti

numero totale di persone che vivono nell'economia domestica (richiedente compreso).

Necessità di sostegno dall'esterno:

- assistenza a domicilio spitex pasti a domicilio
- aiuto familiare / economia domestica altro

Negli ultimi cinque anni ha soggiornato in istituti, ospedali o cliniche?

- | | | | | |
|----------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------|
| 20.....: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | quante volte | quali |
| 20.....: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | quante volte | quali |
| 20.....: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | quante volte | quali |
| 20.....: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | quante volte | quali |

CONDIZIONE ABITATIVA

Le condizioni della sua abitazione, sono causa di problemi di abitabilità?

(barriere architettoniche, servizi inadatti, riscaldamento inadeguato, ecc.) SI NO

L'ubicazione della sua abitazione è per lei causa di problemi?

(lontananza dal centro, dai negozi, dai mezzi pubblici, ecc.) SI NO

GRADI DI AUTONOMIA

(1 = autosufficiente / 2 = semidipendente / 3 = dipendente)

a) Comunicazione	1	2	3	mezzi ausiliari?	SI	NO
- vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- occhiali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- udito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Igiene / vestirsi	1	2	3	mezzi ausiliari?	SI	NO
- lavarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- decubito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- iniezioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bagno/doccia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- medicazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- usare il WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- infusioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) movimento	1	2	3	mezzi ausiliari?	SI	NO
- alzarsi/sedersi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- bastone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- camminare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- stampelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- salire le scale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- girello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- coricarsi/alzarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- sedia a rotelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) alimentazione	1	2	3	mezzi ausiliari?	SI	NO
- mangiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- protesi dentaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- dieta particolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				- sonda gastrica		
e) riposo/dormire	1	2	3	mezzi ausiliari?	SI	NO
- ritmo giorno/notte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- letto elettrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- senza problemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- materasso speciale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- disturbato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- sponde protezione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) eliminazione	1	2	3	mezzi ausiliari?	SI	NO
- urina/continente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- catetere a dimora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- feci/continente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- urostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				- colostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				- infezioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) lavori casalinghi	1	2	3	mezzi ausiliari?	SI	NO
- compere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- aiuto familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- cucinare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- pasti a domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bucato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- pulire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- riordinare la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

DATI GENERALI

Recapito telefonico vostro o del vostro rappresentante principale:

Nome e numero di telefono:

Identità di uno o più membri della famiglia, o di un rappresentante:

Cognome	Nome
Via	NAP e domicilio
Grado di parentela	Tel. /

Cognome	Nome
Via	NAP e domicilio
Grado di parentela	Tel. /

Cognome	Nome
Via	NAP e domicilio
Grado di parentela	Tel. /

Cognome	Nome
Via	NAP e domicilio
Grado di parentela	Tel. /

Osservazioni:

.....
.....
.....
.....

Il formulario è stato compilato da chi:

interessato parente/rappresentante interessato + parente

Firma del richiedente:

Firma del parente/rappresentante:

Luogo e data: