

ML 1-05C RICHIESTA AMMISSIONE TEMPORANEA CASA ANZIANI

Nome	_____	Cognome	_____
Data di nascita	__ / __ / 19 __	Medico curante	dott. _____
Indirizzo	_____	Medico inviante	dott. _____
Domiciliato a:	_____	Telefono privato	091 / ____ - ____ - ____
Cassa malati	_____	Telefono persona di riferimento	091 / ____ - ____ - ____
Ricovero previsto il:	__ / __ / 20 __	Nr. Assicurato	_____
Attualmente presso	☐ ospedale ☐ domicilio	probabile durata	__ - __ giorni

DATI MEDICI E INFERMIERISTICI

☐ altro, specificare _____

Diagnosi somatica e psichica _____

Motivi della richiesta: _____

Può essere seguita dal proprio medico curante durante il soggiorno? _____

Grado dipendenza: ☐ Autosufficiente
☐ Parzialmente dipendente
☐ Dipendente

Mobilità: ☐ Deambulazione libera ☐ Mezzi ausiliari - specificare: _____

Terapia:

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

Terapia in riserva:

Medicazione: _____

SITUAZIONE GENERALE

II/La richiedente attualmente vive con:

- ☐ Coniuge / Convivente
☐ Solo / a
☐ Con i figli

Rientro a domicilio previsto circa il

Cosa riattivare all'uscita:

- ☐ Aiuto infermieristico
☐ Aiuto domestico
☐ Pasti a domicilio
☐ Altro.....

Osservazioni:

Si prega di allegare copia degli ultimi esami di laboratorio e dei rapporti medici importanti:

☐ Documentazione inviata via FAX

Timbro e firma del
medico inviante

.....

Data compilazione

.....

Sono ammessi i residenti in età AVS (64-65 anni).

**La retta del soggiorno temporaneo fissata dal Lodevole Dipartimento Sanità e Socialità
ammonta a CHF 50.-- / giorno.**

Il residente dopo 3 mesi di regola deve rientrare al proprio domicilio.

N.B. per le persone non domiciliate nel Canton Ticino si applica la retta massima di casa anziani

**Fondazione AVAD
Residenza alla Betulle
Via Valmaggina 29
6675 Cevio**

Tel. 091 759 01 11 / info@avad.ch / Fax 091 759 01 12

Ammesso, decisione
del __ / __ / 20__

- ☐ Sì
☐ NO

Visto medico
Visto direzione amministrativa

Riservato alla Direzione e

