



MODULO DOMANDA - CENTRO DIURNO INTEGRATO

PARTE RISERVATA ALL'UTENTE:

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n. _____
telefono n° _____ Codice Fiscale _____

Invalità civile: si percentuale: ____% no in attesa di visita e/o esito

Accompagnamento: si no in attesa di visita e/o esito

CHIEDO

l'ammissione al Centro Diurno Integrato per Anziani, situato in Casalpuusterlengo, Via Fleming n° 2.

Con formula:

da lunedì a venerdì a tempo pieno

solo nei seguenti giorni a tempo pieno _____

solo le mattine (h 9.00-13.00) da lunedì a venerdì

solo i pomeriggi (h 14.30-18.30) da lunedì a venerdì

Casalpuusterlengo, lì _____

Firma dell'Utente _____

PARTE RISERVATA AL FAMILIARE DI RIFERIMENTO:

Cognome e nome _____ Grado di parentela _____

Residente a _____ in Via _____ n. _____

Recapiti telefonici _____

Firma del Familiare _____

ALLEGARE I SEGUENTI DOCUMENTI:

- Copia **carta d'identità**, Copia della **tessera sanitaria** dell'**utente**.
- Copia **carta d'identità** e Copia della **tessera sanitaria** del **Familiare** che sarà presente il giorno dell'accoglienza.





SCHEDA CLINICA PER L'INGRESSO AL CENTRO DIURNO INTEGRATO

(da compilarsi a cura del **Medico Curante** in tutte le parti)

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO _____

Codice esenzione dell'Assistito _____

Medico curante Dr./Dr.ssa _____

Email: _____ Telefono: _____

Orari e giorni di rintracciabilità: _____

Diagnosi _____

Deambulazione:	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> in carrozzina
Trasferimenti e mobilitazione:	<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> con supervisione
Igiene personale:	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> con supervisione
Autonomia nell'alimentazione:	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> con supervisione
Tipologia di alimentazione:	<input type="checkbox"/> cibi normali	<input type="checkbox"/> disfagia	<input type="checkbox"/> dieta particolare
Continenza e uso servizi:	<input type="checkbox"/> autonomo e continente <input type="checkbox"/> presidio assorbente <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____		

Compromissione cognitiva:	<input type="checkbox"/> grave	<input type="checkbox"/> moderata	<input type="checkbox"/> lieve	<input type="checkbox"/> assente
Disturbi comportamentali:	<input type="checkbox"/> gravi	<input type="checkbox"/> moderati	<input type="checkbox"/> lievi	<input type="checkbox"/> assenti

Se presenti specificare la tipologia _____

Allergie e/o intolleranze _____

Terapia in corso (comprensiva degli orari) _____

Data _____

Firma del Medico Curante

