



DOMANDA DI AMMISSIONE

DOC MDR 14

Data: 07.01.12
Rev. 0

Pag. 1 di 4

Orentano li, _____

Il/la Sottoscritto/a _____ nat__ il _____

a _____ residente a _____

Via _____ n _____ tel _____ / _____

CHIEDE

Di essere ammesso/a in codesta RSA e a tale scopo dichiara:

1) Di accettare il regolamento interno e di sottoscrivere il **“Contratto Paganti”**

congiuntamente al Garante

Sig./sig.ra _____

in qualità di _____ Nat__ a _____

il _____ residente a _____

Via _____ n _____ tel _____ / _____

E-mail _____

2) Di essere fornit__ di libretto di pensione n. _____ per € _____

(_____) mensili

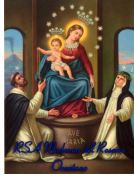
Ente _____

E dei seguenti altri redditi: _____

Altre Informazioni: _____

RICHIEDENTE

GARANTE



DOMANDA DI AMMISSIONE

DOC MDR 14

Data: 07.01.12
Rev. 0

Pag. 2 di 4

Sig. _____ nat _____ il _____

a _____ residente a _____

Via _____ n _____

EVENTI PATOLOGICI PREGRESSI

(ricoveri, interventi chirurgici, fratture, malattie che hanno lasciato postumi, specificando ove possibile l'anno in cui sono avvenuti)

MALATTIE IN ATTO



DOMANDA DI AMMISSIONE

DOC MDR 14

Data: 07.01.12
Rev. 0

Pag. 3 di 4

TERAPIA ORALE

Inizio	Farmaco/Principio attivo	Ore 8.30	Ore 12.30	Ore 16.00	Ore 19.00	fine

TERAPIA DI ALTRO TIPO

Inizio	Farmaco/Principio attivo	Ore 8.30	Ore 12.30	Ore 16.00	Ore 19.00	Fine

TERAPIA INIETTIVA

Inizio	Farmaco/Principio attivo	Ore 8.30	Ore 12.30	Ore 16.00	Ore 19.00	Fine

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE



DOMANDA DI AMMISSIONE

DOC MDR 14

Data: 07.01.12

Rev. 0

Pag. 4 di 4

CONDIZIONI PSICHICHE		
INTEGRE	SI	NO
ICTUS	SI	NO
CONFUSIONE E DISORIENTAMENTO	SI	NO
AGITAZIONE PSICOMOTORIA	SI	NO
DEMENTIA	SI	NO
ALTRO:.....	SI	NO
ALTRO:.....	SI	NO
ALTRO:.....	SI	NO
CONSAPEVOLE DEL PROPRIO STATO	SI	NO
VOLONTA' DI MIGLIORARE	SI	NO
ANGOSCIATO	SI	NO
SERENO	SI	NO
CONDIZIONI FISICHE		
INCONTINENZA URINARIA	SI	NO
INCONTINENZA FECALE	SI	NO
ULCERE DA DECUBITO	SI	NO
PORTATORE PANNOLONE/CATETERE	SI	NO
DEAMBULAZIONE AUTONOMA	SI	NO
LOCALIZZAZIONE ULCERE:		
MALATTIE CARDIOVASCOLARI	SI	NO
MALATTIE RESPIRATORIE	SI	NO
MALATTIE OSTEOARTICOLARI	SI	NO
MALATTIE NEUROLOGICHE	SI	NO
MUTISMO	SI	NO
TRAUMI E FRATTURE	SI	NO
CECITA'	SI	NO
SORDITA'	SI	NO

Certifico inoltre che presenta/non presenta malattie infettive contagiose e che può vivere in comunità (allegare il risultato dei seguenti esami: HbsAg, HCV, gpt, got, ggt, VDRL, coprocoltura, es parassitologico feci)

Il Medico Curante (Firma e timbro)

_____ li, _____