

**RICHIESTA DI RICOVERO PRIVATO PRESSO
RESIDENZA DORICA**

Cognome e nome _____ età _____
Luogo e data di nascita _____
Indirizzo _____ Tel. _____
MMG _____

DATI ANAMNESTICI:

DIAGNOSI ATTUALE:

Paziente attualmente a domicilio
 ricoverato presso: _____

EVENTUALI TERAPIE IN ATTO (per i farmaci specificare tipo e posologia)

ALLERGIE A FARMACI (se si specificare) _____

MALATTIE INFETTIVE IN ATTO (se si specificare) _____

DATI CLINICI

STATO GENERALE _____ alt.m. _____ peso kg _____

Piaghe da decubito (specificare sede ed estensione)

Presenta o ha presentato disturbi psichiatrici del comportamento? (se si specificare)

E' pericoloso per sé o per gli altri? _____

Tende a vagabondare e/o allontanarsi in autonomia? _____

OCCHI E VISTA _____

ORECCHIO E UDITO _____

ALTRI ORGANI E APPARATI _____

Può mangiare da solo? SI NO CON AIUTO

Può vestirsi da solo? SI NO CON AIUTO

E' indipendente negli spostamenti? SI NO CON AIUTO

E' indipendente nell'igiene personale? SI NO CON AIUTO

Data Timbro o firma Indirizzo del Medico e n di telefono

RICHIESTA DI RICOVERO PRIVATO PRESSO RESIDENZA DORICA

(Compilazione a cura del familiare di riferimento)

SITUAZIONE SOCIO-FAMILIARE

La persona per la quale si richiede un periodo di ricovero in forma privata:

- Vive solo/a
- Vive con persona che fornisce assistenza continuativa (coniuge, figlio, assistente privata)
- Usufruisce di persone che forniscono assistenza per alcune ore

Altro _____

MOTIVO DEL RICOVERO:

- riabilitazione recupero post-ricovero
- sollievo ingestibilità a domicilio

E' già in carico ai servizi del territorio :

- No
- Si Quali? _____

Fornitura presidi/ausili già attivi:

- No
- Si Quali? _____

PRINCIPALE FAMILIARE DI RIFERIMENTO:

Nome _____ Cognome _____

Grado di parentela _____

Recapiti telefonici _____ e-mail _____

Durata del periodo di ricovero richiesto: _____

Data _____ Firma _____

La consegna del presente modulo va effettuata tramite una delle seguenti modalità:

- a mano presso il Front Office di Residenza Dorica

- e-mail: residenzadorica@sstefano.it

- fax: 071/2868012