



DOMANDA DI AMMISSIONE alla Comunità alloggio per anziani e Centro diurno

Compilare questa sezione se la domanda è sottoscritta dall'interessato/a all'ammissione.

Il/La Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____
a _____ codice fiscale _____
residente nel Comune di _____ in via _____ n° _____
eventuale domicilio (se diverso dalla residenza): Comune _____
via _____ n° _____ telefono n° _____

Compilare questa sezione se la domanda è sottoscritta da persona diversa dall'interessato/a all'ammissione.

Il/La Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____
a _____ codice fiscale _____
residente nel Comune di _____ in via _____ n° _____
n° telefono _____ in qualità di _____

in nome e per conto del/la

Il/La Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____
a _____ codice fiscale _____
residente nel Comune di _____ in via _____ n° _____
eventuale domicilio (se diverso dalla residenza): Comune _____
via _____ n° _____ telefono n° _____

CHIEDE

- ☐ L'ammissione alla Comunità alloggio per anziani
- ☐ L' ammissione al Centro diurno
- ☐ soggiorno temporaneo dal _____ al _____
- ☐ soggiorno permanente





che la proposta di ammissione venga comunicata al seguente numero telefonico (indicare numeri che consentano la pronta reperibilità):

Tel.n° _____ del Sig./ra _____

SI IMPEGNA

- ☐ ad allegare alla presente, la certificazione medica attestante il livello di autonomia negli atti della vita quotidiana, senza la quale la domanda non verrà accettata;
- ☐ a comunicare tempestivamente le eventuali modifiche della situazione socio-assistenziale o dei dati indicati nella domanda, nonché l'eventuale ritiro della domanda stessa;

PRENDE ATTO

- ☐ che il soggiorno nella Comunità alloggio per anziani e Centro diurno, determinerà l'obbligo alla corresponsione di una retta nell'importo stabilito dalla residenza.

Data

Firma del Cliente o di Persona titolata

**Certificazione sanitaria per la richiesta di inserimento nella Comunità alloggio per anziani e Centro diurno presso
*La dimora di Elia***

A cura del Medico curante o di Medico specialista

Cognome e nome dell'Assistito: _____

Data e luogo di nascita: _____

Cognome e nome del Medico compilatore _____

Ruolo professionale del medico

- ☐ MMG
- ☐ Medico ospedaliero
- ☐ Altro: _____

Telefono: _____

E-mail: _____





ATTESTAZIONE MEDICA

Breve relazione sulle condizioni clinico-assistenziali dell'Assistito

TERAPIE IN ATTO

Farmaci	Posologia

BADL – Attività di base della vita quotidiana¹

Risposta	FARE IL BAGNO (vasca, doccia, spugnatura)
1	Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo)
2	Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo
3	Ha bisogno di assistenza per più parti del corpo

¹ L'accesso ai servizi della Comunità alloggio per anziani e Centro diurno è consentito solo con giudizi corrispondenti alle risposte 1 o 2





Risposta	VESTIRSI (prendere vestiti dall'armadio/cassetti, vestirsi)
1	Prende i vestiti e si veste completamente da solo senza bisogno di assistenza
2	Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciarsi le scarpe
3	Ha bisogno di assistenza per prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito

Risposta	TOILETTE (andare in bagno, pulirsi, rivestirsi)
1	Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino).
2	Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda.
3	Non si reca in bagno per l'evacuazione

Risposta	SPOSTARSI
1	Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore).
2	Compie questi trasferimenti se aiutato
3	Allettato, non esce dal letto.

Risposta	CONTINENZA
1	Controlla completamente feci e urine.
2	"Incidenti" occasionali.
3	Necessità di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente

Risposta	ALIMENTAZIONE
1	Senza assistenza.
2	Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane.
3	Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale





Segnalazione di condizioni particolari, anche di carattere abitativo, che inducono a formulare la richiesta di ingresso presso la Comunità alloggio per anziani e Centro diurno *La dimora di Elia*

COGNITIVITA'

Grado delle limitazioni delle funzioni mentali superiori:

		SI	NO
1	LIEVE		
2	MODERATE		
3	GRAVI		

L'Assistito necessita di assistenza sanitaria a carattere continuativo	☐ SI	☐ NO
--	-----------------------------	-----------------------------

Luogo:

Firma del Medico compilatore:

