

RSA S. S. Concezione
Salita Porta Chiappe, 1 – 16136 Genova
Tel. 010 / 272.26.62 – 010 / 272.26.37
Fax 010 / 272.26.63
E-mail: rsaconcezione@gruppongheon.it

N. pratica	_____ / _____
Data domanda	_____
Data inserimento	_____

Domanda di inserimento per il/la Sig./Sig.ra

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov _____ il _____

Cittadinanza _____ residente a _____ ()

Via _____ ASL di appartenenza _____

Tessera Sanitaria Cod. _____ Codice Fiscale _____

Sesso: M F N. figli maschi _____ N. figli femmine _____

Stato civile <input type="checkbox"/> stato libero, <input type="checkbox"/> coniugato/a, <input type="checkbox"/> vedovo/a, Invalità civile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO domanda presentata IS <input type="checkbox"/> ON <input type="checkbox"/> Tutore o amministratore di sostegno ON <input type="checkbox"/> IS <input type="checkbox"/> Nome del tutore o amministratore di sostegno _____ n. tel. _____
Motivo della domanda h <input type="checkbox"/> a perso l'autonomia fisica/psichica, <input type="checkbox"/> la famiglia non è in grado di provvedere, <input type="checkbox"/> vive solo, <input type="checkbox"/> l'alloggio è inadatto, <input type="checkbox"/> altro _____

presentata dal Sig./ra _____

grado di parentela _____ abitante a _____ ()

Via _____ Tel. _____

Provenienza <input type="checkbox"/> domicilio, eladepso <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Ist. Riabilitazione, <input type="checkbox"/> da altra RSA, <input type="checkbox"/> altro _____

Il paziente o chi ne rappresenta la volontà è a conoscenza dell'imminente ricovero ed acconsente allo stesso.

Si allega alla domanda **scheda sanitaria** compilata dal medico di famiglia o medico di reparto, nel caso che l'anziano sia ricoverato in ospedale, illustrante le condizioni cliniche e l'idoneità a vivere in comunità.

All'atto del ricovero verrà consegnata: **la tessera sanitaria**
l'eventuale tessera di esenzione ticket
la carta d'identità
il codice fiscale
il certificato di invalidità civile (fotocopia)
la documentazione sanitaria (cartelle cliniche e/o accertamenti recenti)

Firma _____