

COMPILAZIONE A CURA DELL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Domanda di ammissione del _____

INCONTRO CON IL MEDICO FISSATO PER IL _____ ORE _____

- **PORTARE DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI SUPPORTO**
- **DEVE ESSERE PRESENTE LA PERSONA CHE LO ASSISTE AL DOMICILIO**

Timbro e Firma dell'incaricato per ricevuta della domanda _____

Domanda effettuata per:

- Residenza Sanitaria Assistita - Ricovero definitivo
 Centro Diurno Integrato

Urgenza della domanda:

- Estrema (1/2 mesi) Ordinaria (3/12 mesi) Inserimento in lista d'attesa a scopo preventivo

DATI ANAGRAFICI OSPITE

| | | | | |
|---|-------------|---|--|--|
| Nome e COGNOME | | | | |
| Data e luogo di nascita | | | | |
| Indirizzo (Città – c.a.p. – Via e numero civico) | | | | |
| Stato Civile | | <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a | | |
| Codice Fiscale | | | | |
| Invalidità | Percentuale | Accompagnamento | Codice esenzione (es. C01, C02, C03 ecc. ecc.) | |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |% | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |

DATI DEL RICHIEDENTE E GARANTE PER L'OSPITE

| | | |
|---|--|--|
| Nome e COGNOME | | |
| Data e luogo di nascita | | |
| Codice Fiscale | | |
| Indirizzo (Città – c.a.p. – Via e numero civico) | | |
| Recapiti telefonici | | |
| Email | | |
| <input type="checkbox"/> Amministratore/Tutore di sostegno <input type="checkbox"/> Familiare – grado di parentela _____ <input type="checkbox"/> Altro _____ | | |

ALTRI RIFERIMENTI DA CONTATTARE IN CASO DI ASSENZA DEL RICHIEDENTE/GARANTE

| | Nome e CONGOME | Città | Telefono | Convivente | Grado di parentela |
|---|----------------|-------|----------|---|--------------------|
| 1 | | | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| 2 | | | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| 3 | | | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| 4 | | | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |



RETE SOCIALE E COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI

Attualmente, l'anziano per cui si presenta domanda di ricovero si trova:

- Ospite in altra RSA su posto letto non contrattualizzato
Nome della struttura - città _____
- Ospite in altra RSA su posto letto contrattualizzato
Nome della struttura - città _____
- Ospite in struttura sociale
Nome della struttura - città _____
- Ospite in altra tipologia di struttura socio sanitaria
Nome della struttura - città _____
- A domicilio
 - senza alcuna assistenza
 - con assistenza domiciliare SAD
 - con assistenza domiciliare ADI/voucher socio-sanitario
 - con frequenza di struttura sociale diurna semiresidenziale:
Nome della struttura - città _____
 - con frequenza di struttura sociosanitaria diurna semiresidenziale (CDI)
Nome della struttura - città _____

Se al domicilio, attualmente l'anziano per cui si presenta la domanda:

- vive solo/a
- vive con altro/i familiare/i convivente/i
- vive solo con badante
- vive con altro/i familiare/i convivente/i e badante
- vive con altre persone non parenti e non partner

Se al domicilio, indipendentemente dalla situazione abitativa, attualmente l'anziano viene accudito da:

- nessuno
- familiare/i convivente/i
- badante
- familiare/i convivente/i e badante
- altre persone non parenti e non partner

Attualmente, l'anziano per cui si presenta domanda di ricovero:

- è ricoverato in struttura sanitaria per acuti (Azienda Ospedaliera)
- è ricoverato in struttura per cure intermedie
- è ricoverato in struttura di riabilitazione territoriale

SEGNALAZIONE DI DISAGIO DELL'ANZIANO

L'anziano:

- non ha parenti diretti
- convive con parenti/affini in stato di parziale o totale non autonomia
- è in stato di sfratto
- vive in abitazione inadatta: perché? _____
- è in dimissione da Unità di Offerta diversa dalla R.S.A.: quale e perché? _____
- altro: _____

Eventuali ulteriori segnalazioni:

È presente segnalazione da parte dei servizi sociali SI NO
(se si allegare)



DATI RELATIVI AL MEDICO CURANTE

Nome e Cognome: _____

Recapiti telefonici: _____

LA RICHIESTA VIENE INOLTRATA

- direttamente dall'interessato
- dall'Amministratore/Tutore di sostegno
- da un parente: specificare nome, cognome e grado di parentela

altro, specificare: _____

Il sottoscritto _____ dichiara che la domanda è stata redatta con il consenso dell'interessato in grado di intendere e che, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna altresì a comunicare alla Fondazione Bellora ONLUS l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, ecc.ecc.).

Firma dell'interessato o del richiedente: _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 679/2016

Egregio Signor/Gentilissima Signora,

con la presente desideriamo informarLa che il Regolamento UE 2016/679 garantisce la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali; tale trattamento presso la Fondazione Bellora sarà improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza ai sensi degli artt. 5 e 6 del Reg. UE e al rispetto dei diritti (di accesso, di rettifica, di cancellazione, di limitazione, di portabilità e di opposizione) ai sensi degli artt. 15 e 22 del Reg. UE.

Per trattamento dei dati si intende "qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione"

Il trattamento che intendiamo effettuare riguarda la categoria di dati "personali", ovvero qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («interessato»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale; e riguarda altresì la categoria di dati "relativi alla salute", ovvero i dati personali attinenti alla salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi di assistenza sanitaria, che rivelano informazioni relative al suo stato di salute.

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI

I dati verranno trattati per finalità connesse alle reciproche obbligazioni derivanti dal rapporto con Lei intercorrente.

In particolare i dati verranno trattati:

- a) per adempiere o per esigere l'adempimento di specifici obblighi o per eseguire specifici compiti previsti da Leggi, da regolamenti ovvero dalla normativa comunitaria, o in materia di igiene e sicurezza del lavoro o della popolazione, nonché in materia fiscale, di tutela della salute, dell'ordine e della sicurezza pubblica;
- b) per il perseguimento delle finalità di salvaguardia della vita o dell'incolumità fisica dell'interessato o di un terzo;



- c) per far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria anche da parte di un terzo, sempre che, qualora i dati siano idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, il diritto da far valere o difendere sia di rango pari a quello dell'interessato.
- d) concludere i contratti per i servizi del Titolare;
- e) adempiere agli obblighi precontrattuali, contrattuali e fiscali derivanti da rapporti con Lei in essere.

2. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà esser effettuato oltre che con strumenti manuali anche attraverso strumenti automatizzati (sia informatici che telematici) atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi.

La informiamo inoltre che i dati personali a Lei riferibili saranno trattati nel rispetto delle modalità indicate nel Regolamento UE 679/2016, il quale prevede, tra l'altro, che i dati stessi siano:

- trattati in modo lecito e secondo correttezza;
- raccolti e registrati per scopi determinati, espliciti e legittimi;
- esatti e, se necessario, aggiornati;
- pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle formalità del trattamento.

Il Titolare tratterà i dati personali per il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra e comunque per non oltre 10 anni dalla cessazione del rapporto per le Finalità di Servizio, quando non diversamente previsto dalla legislatura vigente.

3. CATEGORIE DI SOGGETTI AI QUALI I DATI POSSONO ESSERE COMUNICATI

Senza la necessità di un espresso consenso (ex art. 24 lett. a), b), d) Codice Privacy e art. 6 lett. b) e c) GDPR), il Titolare potrà comunicare i Suoi dati per le finalità di cui all'art. 2.A) a Organismi di vigilanza, Autorità giudiziarie, nonché a quei soggetti ai quali la comunicazione sia obbligatoria per legge per l'espletamento delle finalità dette. Detti soggetti tratteranno i dati nella loro qualità di autonomi titolari del trattamento.

La informiamo inoltre che, ferma restando la richiesta del Suo consenso nei casi previsti dalla legge, il predetto trattamento dei dati personali inerenti, connessi e/o strumentali al Suo rapporto, potrà essere effettuato:

- f) da Società, Enti o Consorzi che forniscano a questa Fondazione servizi elaborativi o che svolgano attività strumentali a tale servizio;
- g) da soggetti ai quali la facoltà di accedere ai Suoi dati personali sia riconosciuta da disposizioni di Legge o di normativa secondaria o comunitaria;
- h) da soggetti ai quali la comunicazione dei Suoi dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale alla gestione del rapporto instaurato.

4. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Nella Sua qualità di interessato, ha i diritti di cui all'art. 7 Codice Privacy e art. 15 GDPR e precisamente i diritti di:

- i. ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- ii. ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5, comma 2 Codice Privacy e art. 3, comma 1, GDPR; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati;
- iii. ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
- iv. opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che La riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale, mediante l'uso di sistemi automatizzati di chiamata senza l'intervento di un operatore mediante e-mail e/o mediante modalità di marketing tradizionali mediante telefono e/o posta cartacea. Si fa presente che il diritto di opposizione dell'interessato, esposto al precedente punto b), per



finalità di marketing diretto mediante modalità automatizzate si estende a quelle tradizionali e che comunque resta salva la possibilità per l'interessato di esercitare il diritto di opposizione anche solo in parte. Pertanto, l'interessato può decidere di ricevere solo comunicazioni mediante modalità tradizionali ovvero solo comunicazioni automatizzate oppure nessuna delle due tipologie di comunicazione.

Ove applicabili, ha altresì i diritti di cui agli artt. 16-21 GDPR (Diritto di rettifica, diritto all'oblio, diritto di limitazione di trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione), nonché il diritto di reclamo all'Autorità Garante.

5. CONSEGUENZE DI UN EVENTUALE RIFIUTO DI RISPONDERE

Inoltre le facciamo presente che "*l'eventuale rifiuto di rispondere*", al momento della raccolta delle informazioni, può comportare l'oggettiva impossibilità per questa Fondazione di osservare obblighi di legge connessi al Suo rapporto.

6. TITOLARE, RESPONSABILE, INCARICATI DEL TRATTAMENTO

Il titolare del trattamento è

Fondazione Bellora ONLUS
21013 Gallarate (VA) -Piazza Giovine Italia, 1
21013 Gallarate (VA)- Via Agnelli, 7

Il **Responsabile del trattamento dei dati** a cui potrà rivolgersi per ulteriori informazioni e per far valere i suoi diritti di cui al punto 4 della presente è la Dott.ssa Vanna BARCA, contattabile presso la sede della Fondazione.

Gli **incaricati del trattamento dei dati** saranno gli incaricati formalmente autorizzati dal Responsabile al trattamento dati per lo svolgimento della ricerca, selezione e valutazione del personale.

Consenso al trattamento dei dati

Io sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, in qualità di interessato,

dichiaro

di aver preso conoscenza dell'informativa sopra riportata per il trattamento dei propri dati personali, anche relativi alla salute, di essere stato esaurientemente informato in merito ai propri diritti e di conoscere come e dove esercitare gli stessi; pertanto, per consenso e presa visione,

autorizzo

la Fondazione Bellora Onlus, a trattare i miei dati come indicato nella predetta informativa;

acconsento

alla diffusione dei miei dati quando tale diffusione sia necessaria per l'espletamento di un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento, da una normativa comunitaria e comunque liberamente nell'ambito del rapporto instaurato con la Fondazione;

esprimo il consenso

affinché sia data comunicazione in ordine al mio stato di salute e alle informazioni che mi riguardano (anche di natura amministrativo-contabile) anche alle sotto indicate persone (specificare Nome e COGNOME):

Firma dell'Ospite

x _____

Firma del richiedente / Garante

x _____

Gallarate, li _____



A CURA DELLA FONDAZIONE:

| | |
|----------------------|--|
| PUNTEGGIO SOCIALE: | |
| PUNTEGGIO SANITARIO: | |
| AGGRAVANTI: | |
| PUNTEGGIO TOTALE | |
| NOTE SOCIALI: | |



SCHEDA DI INSERIMENTO

RSA

CDI

MINIALLOGGI

RICHIESTA DI INVALIDITA'

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

| | |
|---|--|
| Informazioni anagrafiche | |
| Nome _____ | |
| Cognome _____ | |
| Nato a _____ il __ / __ / ____ | |
| Residente _____ via/piazza _____ n° _____ | |
| Parte per il Medico curante | Anamnesi patologica remota oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo) |
| | Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse |
| | Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti |

| | |
|---|--|
| Dispositivi in uso | Catetere vescicale Sondino naso-gastrico PEG Catetere venoso centrale Pace-maker ICD (defibrillatore) Tracheostomia Stomie Broncoaspirazione Porth-a-cath Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno Ventilatore per insuff. respiratorie gravi |
| Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Lesioni da decubito • Ferite chirurgiche in trattamento Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro) | |
| Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (<i>specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale</i>), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro) ALLERGIE | |
| Cadute negli ultimi sei mesi | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni. | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì specificare |

| | | |
|----------------------------------|--|---|
| Stato nutrizionale | <input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi Note <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | |
| Giudizio sulla stabilità clinica | <input type="checkbox"/> Stabile | nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg. |
| | <input type="checkbox"/> Moderatamente stabile | con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni |
| | <input type="checkbox"/> Moderatamente instabile | con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana |
| | <input type="checkbox"/> Instabile | con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano |
| | <input type="checkbox"/> Acuzie | con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani |

| | |
|--|--|
| Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo | <i>Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita:</i> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>Si richiede visita domiciliare:</i> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|--|--|

data

firma

.....

.....

