

**COMPILAZIONE A CURA DELL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO**

Domanda di ammissione del \_\_\_\_\_  
 Visita geriatrica fissata per il \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_  
 Timbro e Firma dell'incaricato per ricevuta della domanda \_\_\_\_\_

Domanda effettuata per:

Residenza Sanitaria Assistita - Ricovero definitivo

Centro Diurno Integrato

**DATI ANAGRAFICI OSPITE**

Nome e COGNOME			
Data e luogo di nascita			
Indirizzo (Città – c.a.p. – Via e numero civico)			
Stato Civile			
Codice Fiscale			
Codice Sanitario			
Invalidità SI NO	Percentuale .....%	Accompagnamento SI NO	Codice esenzione (es. IC13, IC14.15, ecc. ecc.) .....
Numero figli maschi:		Numero figlie femmine:	

**DATI DEL RICHIEDENTE E GARANTE PER L'OSPITE**

Nome e COGNOME	
Data e luogo di nascita	
Indirizzo (Città – c.a.p. – Via e numero civico)	
Recapiti telefonici	
Codice Fiscale	
Grado di parentela/altro	

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

Nome e COGNOME	
Indirizzo (Città – c.a.p. – Via e numero civico)	
Recapiti telefonici	
Grado di parentela	
Nome e COGNOME	
Indirizzo (Città – c.a.p. – Via e numero civico)	
Recapiti telefonici	
Grado di parentela	
Nome e COGNOME	
Indirizzo (Città – c.a.p. – Via e numero civico)	
Recapiti telefonici	
Grado di parentela	

**DATI RELATIVI AL MEDICO CURANTE**

Nome e COGNOME	
Recapiti telefonici	
Ricovero presso altra R.S.A. SI NO	NOME R.S.A.:

- Allegare scheda di inserimento a compilazione del medico curante
- La presente pagina vi verrà restituita in copia opportunamente compilata dall'U.R.P. quale ricevuta della domanda di ammissione.



**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI  
AI SENSI DEL D. LGS. 196/2003**

Egregio Signor/Gentilissima Signora,

Con l'entrata in vigore del DLgs 196/03, recante disposizioni per la tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, la Fondazione Bellora O.N.L.U.S., in qualità di Titolare del trattamento, è tenuta a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali.

Con la presente la informiamo quindi, ai sensi del citato D.Lgs in materia di "*Tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali*", che i dati personali da Lei forniti a questa Fondazione, ovvero altrimenti acquisiti dalla medesima nel rispetto delle disposizioni legislative inerenti, connessi e/o strumentali al Suo rapporto con la nostra Organizzazione, potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza.

Per trattamento di dati personali si intende la loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione ovvero la combinazione di due o più di tali operazioni.

---

**1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI 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.

---

**2. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI**

Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere 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 D.Lgs 196/2003, 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.

---

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

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:

- e) da Società, Enti o Consorzi che forniscano a questa Fondazione servizi elaborativi o che svolgano attività strumentali a tale servizio;
- f) da soggetti ai quali la facoltà di accedere ai Suoi dati personali sia riconosciuta da disposizioni di Legge o di normativa secondaria o comunitaria;
- g) 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

Informiamo infine che il Dlgs 196/2003 conferisce ai cittadini l'esercizio di specifici diritti. In particolare, l'interessato può ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o no di propri dati personali e che tali dati vengano messi a sua disposizione in forma intelligibile. L'interessato può, altresì, chiedere di conoscere l'origine dei dati nonché la logica e le finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

#### 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

Ai sensi dell'art. 23, del Codice della Privacy, acconsento al trattamento dei miei dati personali, sensibili e non secondo le finalità e con le modalità sopra indicate. Acconsento inoltre alla diffusione degli stessi 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.

Dichiaro inoltre di essere stato informato per iscritto e verbalmente dei diritti a me spettanti di cui al Titolo II articoli dal 7 al 10 del nuovo Codice della Privacy.

Firma

x

**SCHEDA DI INSERIMENTO**

<input type="checkbox"/>	CDI
<input type="checkbox"/>	RSA
<input type="checkbox"/>	MINIALLOGGI

**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	

<p>Dispositivi in uso</p>	<p>Catetere vescicale .....</p> <p>Sondino naso-gastrico .....</p> <p>PEG ..... Catetere venoso centrale .....</p> <p>Pace-maker .....</p> <p>ICD (defibrillatore) .....</p> <p>Tracheostomia ..... Stomie .....</p> <p>Broncoaspirazione ..... Porth-a-cath .....</p> <p>Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) .....</p> <p>Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno .....</p> <p>Ventilatore per insuff. respiratorie gravi .....</p>
<p>Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesioni da decubito</li> <li>• Ferite chirurgiche in trattamento</li> </ul> <p>Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)</p>	
<p>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) <u>ALLERGIE</u></p>	
<p>Cadute negli ultimi sei mesi</p>	<p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>

<p>Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si specificare .....</p> <p>.....</p>	
<p>Stato nutrizionale</p>	<p><input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi</p> <p>Note</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Giudizio sulla stabilità clinica</p>	<p><input type="checkbox"/> <i>Stabile</i></p>	<p>nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli &gt; 60 gg.</p>
	<p><input type="checkbox"/> <b>Moderatamente stabile</b></p>	<p>con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni</p>
	<p><input type="checkbox"/> <b>Moderatamente instabile</b></p>	<p>con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana</p>
	<p><input type="checkbox"/> <b>Instabile</b></p>	<p>con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano</p>
	<p><input type="checkbox"/> <b>Acuzie</b></p>	<p>con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani</p>

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

data

firma

.....

.....

