



FONDAZIONE - ONLUS

Casa di Soggiorno e Riposo LONGHI Francesco e Famiglia PIANEZZA Federico
21030 CASALZUIGNO (VA) - Via del Gaggiolo, 12
Atto C. di A. n°55 dell'11.8.2003-D.G.R. n° 15308 del 28.11.2003

MODULO PER LA PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA DI RICOVERO

Il sottoscritto _____ nato a _____ prov. _____
il giorno _____ residente a _____ prov. ____ in via _____
codice fiscale _____ grado di parentela con la persona da ricoverare _____
numeri di telefono di riferimento _____

CHIEDE

Il ricovero presso Codesta Fondazione di _____ nato a _____ prov. _____
Il giorno _____ residente a _____ prov. _____ in via _____
codice fiscale _____ stato civile _____ figli maschi n° ____ femmine n° ____

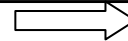
Lo scrivente precisa che il ricovero è motivato da:

(indicare anche se usufruisce di Assistenza domiciliare).....

in possesso di:
e che la persona da ricoverare è:



	RETTA GIORNALIERA OMNICOMPRESIVA
<input type="checkbox"/> Camera doppia	€ 49,80
<input type="checkbox"/> Camera singola	€ 55,50



- assegno di accompagnamento
ha presentato domanda
- Buono Socio sanitario
ha presentato domanda
- Voucher
ha presentato domanda

ONERE DELLA RETTA: IN PROPRIO A PARZIALE CARICO COMUNE A TOTALE CARICO COMUNE

Lo scrivente si impegnerà, al momento dell'ammissione dell'ospite, al pagamento totale della retta stabilita per tutto il periodo di degenza. Autorizza altresì l'Istituto al trattamento dei dati personali (Legge D.Lgs N 196/2003)

Data _____

Firma _____

Altri impegnati (nome, indirizzo e numeri di telefono)

Si allegano alla domanda:

n° 1 certificazione medica

n° 1 certificato di stato di famiglia od in alternativa, AUTOCERTIFICAZIONE

N.B. In mancanza degli allegati, la domanda **NON** sarà ritenuta valida.

La domanda ha validità annuale. Trascorso tale termine sarà necessario rinnovarla. In mancanza di rinnovo la domanda sarà archiviata. E' importante indicare più di un numero telefonico di riferimento per eventuali contatti. Al fine di poter fornire informazioni statistiche dettagliate all'ASL di appartenenza ed alla Regione Lombardia si prega di compilare la domanda nel modo più accurato possibile.

Annotazioni da parte della Fondazione:

La Direzione declina ogni responsabilità derivante dal possesso dell'Ospite di denaro e di oggetti preziosi e di ogni effetto personale.

La retta deve essere pagata in via anticipata e comunque entro il GIORNO 30 di ogni mese.

Nel caso l'Ospite, già nella Casa, risultasse affetto da malattie per le quali necessitano particolari cure o assistenza per cui risulta non curabile nella Casa, su espressa indicazione del medico o del responsabile sanitario dell'Ente, sarà dimesso o trasferito presso altra struttura consona alle necessità.

Qualora dovessero manifestarsi turbe psichiche da inibire la convivenza, l'Ospite verrà dimesso.

Il trasferimento dell'Ospite in altra camera, piano o reparto diverso da quello inizialmente assegnato è disposto in modo insindacabile dalla Direzione.

I familiari o parenti o altra persona obbligati, dichiarano di assumersi in via solidale l'impegno al pagamento della retta, nonché di provvedere immediatamente al ritiro del ricoverato qualora ne fosse disposta la dimissione per qualsiasi motivo da parte della Direzione dell'Ente.

Eventuali cambi d'indirizzo dovranno essere tempestivamente comunicati alla Casa di Riposo.

LETTO APPROVATO E SOTTOSCRITTO

Familiare o persona
che assume l'impegno

(firma per esteso)

(firma per esteso)

(firma per esteso)

QUESTIONARIO MEDICO

Sig. a _____

Abitante a _____

Presso: istituto abitazione Via _____ n° _____

Telefono parenti _____

ANAMNESI GENERALE (in particolare-ricoveri ospedalieri e presso quale ente)

CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI

In particolare:

- È stato/è affetto da ipertensione si no
Valori pressori medi _____
- E stato/è affetto da malattie cardiovascolari si no
Se si quali e quando _____
- E stato sottoposto ad interventi chirurgici si no
Se si quali e quando _____
- È stato affetto da malattie infettive e contagiose si no
Se si quali e quando _____
- È etilista si no
- È stato ricoverato in ospedali psichiatrici o in cliniche per malattie mentali si no
- È diabetico si no

SCHEDA CONOSCITIVA DELLE CONDIZIONI DI AUTOSUFFICIENZA- NON AUTOSUFFICIENZA

a) Condizioni generali attuali buone mediocri gravi

b) Mobilità

può camminare da solo	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
può camminare con aiuto	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
può camminare con protesi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
si sposta con carrozzella	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
allettato	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

c) si veste da solo con aiuto parziale dipendenza totale
si lava da solo con aiuto parziale dipendenza totale
mangia da solo con aiuto parziale dipendenza totale

d) Psiche integra si no

con fasi di confusione e disorientamento si no totalmente disorientato

con fasi di agitazione psico-motoria si no

e) Cecità si no ipovisus si no

sordità si no ipoacusia si no

mutismo si no disartria si no

f) utilizza da solo i servizi igienici si no

utilizza con aiuto parziale i servizi igienici si no

incontinenza vescicale si no

porta catetere si no

incontinenza anale si no

g) eventuali altre patologie

h) parere del medico:

con riferimento all'autosufficienza o meno del soggetto e al suo possibile recupero:

TERAPIA ATTUALE

ESAMI EMATOCHIMICI DA PRESENTARE OBBLIGATORIAMENTE:

- AC ANTI EPATITE B e C
- COPROCULTURA

Medico curante: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____

Timbro e firma



FONDAZIONE - ONLUS

*Casa di Soggiorno e Riposo LONGHI Francesco e Famiglia PIANEZZA Federico
21030 CASALZUIGNO (VA) - Via del Gaggiolo, 12
Atto C. di A. n°55 dell'11.8.2003-D.G.R. n° 15308 del 28.11.2003*

Casalzuigno, 1° gennaio 2006

REGOLAMENTO AMMISSIONE/DIMISSIONI OSPITI TRATTAMENTO ECONOMICO

1. RETTA GIORNALIERA VALIDA PER L'ANNO 2006

Euro **49,80** al giorno (omnicomprensiva), camera doppia con servizi

Euro **55,50** al giorno (omnicomprensiva), camera singola con servizi

La retta sarà determinata ogni anno entro il 15 dicembre per l'anno successivo.

2. DEPOSITO CAUZIONALE

Euro 1291,14 = (Gli eventuali interessi maturati saranno a disposizione della Fondazione per l'attività assistenziale a favore degli Anziani), che sarà rimborsato al momento del decesso dell'Ospite o della sua dimissione dalla Fondazione.

3. NORME PER IL CONTEGGIO DELLE GIORNATE DI PRESENZA AL MOMENTO DELL'ASSEGNAZIONE-ACCETTAZIONE DEL POSTO-LETTO E RIGUARDANTI IL PRIMO MESE DI DEGENZA

Il pagamento della retta di degenza relativa al mese in cui è stato accettato/assegnato il posto letto si effettua **a giornata**, a partire dal giorno di accettazione/assegnazione del posto.

4. PAGAMENTO DELLE MENSILITÀ SUCCESSIVE

Il pagamento delle mensilità di degenza dell'Ospite avverrà a partire dal giorno 16 di ogni mese e dovrà essere effettuato comunque entro il 30 di ogni mese, esclusivamente tramite bonifico bancario sul Conto corrente intestato "FONDAZIONE LONGHI E PIANEZZA", acceso presso la BANCA POPOLARE COMMERCIO E INDUSTRIA SPA - Filiale di Cuveglio - Codice ABI 05048 Codice CAB 50200 (c.c. n° 000000000047 Cod.CIN I)

5. RICOVERO OSPEDALIERO

Il ricovero ospedaliero durante il periodo di degenza dell'Ospite presso la Fondazione comporterà la decurtazione di Euro 7,75 al giorno della retta di cui sopra. La Fondazione si impegna alla conservazione del posto-letto.

6. DIMISSIONI DELL'OSPITE, FATTI SALVI GLI OBBLIGHI DI PREAVVISO DI CUI AL CONTRATTO

Il pagamento della retta relativa al mese in cui l'Ospite cessa la degenza per qualsiasi causa si effettua **per altri 3 giorni** a partire dall'ultimo giorno di permanenza presso la struttura. Quanto dovuto dalla Fondazione potrà essere attinto dal deposito cauzionale di cui al punto 2).

7. OBBLIGAZIONI

Il mancato o ritardato pagamento della retta mensile oltre alla data prevista per il pagamento della stessa, comporta il conteggio ed il pagamento degli interessi bancari.

8. ALLEGATO

Il presente Regolamento costituisce parte integrante del Contratto di ospitalità.

Data e firma del Parente dell'ospite **per accettazione**:

AUTOCERTIFICAZIONE DI STATO DI FAMIGLIA
(Art. 46 del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a _____ (_____)
(luogo) (provincia)

il _____

Consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dall'art. 76 dei DPR 445/2000, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

Che la propria famiglia, residente in _____

dal _____ in via _____ è così composta:

1) il dichiarante;

2) _____
(cognome) (nome) (nato/a a) (il)

3) _____
(cognome) (nome) (nato/a a) (il)

4) _____
(cognome) (nome) (nato/a a) (il)

5) _____
(cognome) (nome) (nato/a a) (il)

6) _____
(cognome) (nome) (nato/a a) (il)

(data)

(firma)

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per i quali sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.



FONDAZIONE - ONLUS

*Casa di Soggiorno e Riposo LONGHI Francesco e Famiglia PIANEZZA Federico
21030 CASALZUIGNO (VA) - Via del Gaggiolo, 12
Atto C. di A. n°55 dell'11.8.2003-D.G.R. n° 15308 del 28.11.2003*

Casalzuigno, 29 marzo 2005

Spett.le Amministrazione
SEDE

Oggetto: orario ingresso nuovi pazienti.

Con la presente, in accordo con gli altri Medici della Struttura, chiedo che i nuovi ospiti vengano accettati in reparto da lunedì a venerdì dalle 9,00 alle 10,30 e dalle 14,00 alle 16,00.

Eventuali altri orari dovuti a necessità particolari dovranno essere concordati con i Medici. Ciò al fine di garantire all'ospite la migliore accoglienza possibile in orari che permettano un buon inserimento da subito dell'ospite e che rendano possibile organizzare l'assistenza al meglio (impostazione terapie con eventuale approvvigionamento di farmaci non disponibili al momento, valutazione clinica e psico-sociale dell'ospite, colloquio con i parenti ecc.). Ringrazio per l'attenzione e porgo cordiali saluti.

Il Medico Responsabile



FONDAZIONE - ONLUS

*Casa di Soggiorno e Riposo LONGHI Francesco e Famiglia PIANEZZA Federico
21030 CASALZUIGNO (VA) - Via del Gaggiolo, 12
Atto C. di A. n°55 dell'11.8.2003-D.G.R. n° 15308 del 28.11.2003*

Casalzuigno, 03 febbraio 2005

Ai Parenti dei Signori Ospiti

LORO SEDI

Con la presente si precisa che presso la ns. Struttura i lavaggi del vestiario avvengono ad alte temperature e con l'utilizzo di specifici prodotti disinfettanti. Pertanto, si comunica che non potranno essere accettati, in dotazione dei SS. Ospiti, abiti che non possano essere trattati nelle macchine lavatrici utilizzate dal ns. Servizio Lavanderia.

Alla luce di quanto sopra si provvedere a restituire capi di vestiario che non presentino le caratteristiche che di seguito si provvede a specificare, e che, comunque, risultino essere particolarmente delicati e/o che non siano dotati di apposita etichetta.

Si comunica, inoltre, che il Servizio Lavanderia è a disposizione per eventuali chiarimenti.

Sicuri della Vs. pronta e puntuale collaborazione si porgono i più distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE Dott.ssa
Patrizia













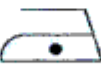




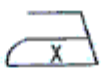
Caratteristiche vestiario:

- misto lana (lavabile in lavatrice a 30°)
- cotone (lavabile dai 40° in su)

I capi di vestiario non devono presentare le seguenti caratteristiche (si veda in allegato il simbolo evidenziato in giallo)

1. lana 100%;
2. seta.
3. lavabili a mano

SIMBOLI DI LAVAGGIO

SIMBOLO	DESCRIZIONE	SIMBOLO	DESCRIZIONE
	Lavaggio a secco con tutti i solventi		Lavaggio delicato
	Lavaggio a secco con tutti i solventi, escluso il tricloroetilene o trielina		Lavaggio a macchina alla temperatura indicata
	Lavaggio a secco con idrocarburi	 	Lavaggio a mano - max 40°
	Asciugatura in tamburo		Non lavare in acqua
	Il prodotto tessile non sopporta l'asciugatura in tamburo		Non candeggiare
	Asciugatura in posizione verticale appeso dopo spremitura e/o centrifuga		Stiro bassa temperatura (max 110°)
	Asciugatura in posizione verticale (appeso) del prodotto tessile intriso d'acqua, cioè senza spremitura e/o centrifuga		Stiro a media temperatura (max 150°)
	Asciugamento su superficie piana (disteso)		Stiro alta temperatura (max 200°)
			Non stirare